UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
— ANNEE 1973 — N° ..... —

A propos de 22 cas de Sarcomes Uterins

ETUDE CLINIQUE, ANATOMO-PATHOLOGIQUE, THERAPEUTIQUE et PRONOSTIQUE

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le ..... Janvier 1973

PAR

ALLAL Kamel
né le 24 Décembre 1945 à Sidi-Bel-Abbès

Membres du Jury :

PRESIDENT : M. B. MENTOURI, Professeur de chirurgie générale.

JUGES : MM. B. AIT-OUYAHIA, Professeur de Gynécologie et Obstétrique.

S. BENDALI-AMOR, Maître de Conférences Agrégé de Chirurgie.

A. YAKER, Maître de Conférences, Anatomie Pathologique.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547002_0021

UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
— ANNEE 1973 — N° ..... —

A propos de 22 cas de Sarcomes Uterins

ETUDE CLINIQUE, ANATOMO-PATHOLOGIQUE, THERAPEUTIQUE et PRONOSTIQUE

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le ..... Janvier 1973

PAR

ALLAL Kamel
né le 24 Décembre 1945 à Sidi-Bel-Abbès

Membres du Jury :

PRESIDENT : M. B. MENTOURI, Professeur de chirurgie générale.

JUGES : MM. B. AIT-OUYAHIA, Professeur de Gynécologie et Obstétrique.

S. BENDALI-AMOR, Maître de Conférences Agrégé de Chirurgie.

A. YAKER, Maître de Conférences, Anatomie Pathologique.

UNIV.
LEIDEN
MIL.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

JE DEDIE CETTE THESE

A ma mère

A mon père

en faible témoignage de mon respect et pour tous les sacrifices consentis.

A ma grand-mère

A mes frères, à ma soeur

A tous mes parents

A tous mes amis.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur B. MENTOURI

Votre bonté et vos qualités humaines restent pour nous un exemple.

Nous avons pu bénéficier de votre enseignement toujours clair et de votre grand savoir.

Vous nous faites aujourd'hui l'honneur de présider le Jury de notre thèse.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur AIT OUYAHIA

Nous avons hautement apprécié la clarté et la rigueur de votre enseignement magistral.

Vous nous faites aujourd'hui l'honneur de juger de travail.

Nous vous exprimons notre gratitude et nos plus vifs remerciements.

Monsieur le Professeur BENDALI

Durant notre stage dans votre service, nous avons pu apprécier votre dynamisme, votre esprit de synthèse et vos qualités humaines.

Vous nous avez fait le grand honneur de nous suggérer et diriger ce travail.

Nous ne saurions qu'insuffisamment vous dire notre gratitude et notre respect.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer ici notre sincère attachement.

Monsieur le Professeur YAKER

Votre accueil d'une gentillesse incomparable a affermi notre décision de mener à bien ce travail, de l'enrichir grâce à tous les moyens que vous avez aimablement mis à notre disposition.

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre Jury de thèse.

Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Au Docteur C. MERED

en reconnaissance pour toute l'aide apportée à la réalisation de ce travail.

Au Docteur CHOUITER

Au Docteur BOUDIAF

Au Docteur BOUHADEF

A toute l'équipe du Laboratoire d'Anatomie Pathologique de l'hôpital Mustapha, à celle du Centre Pierre et Marie Curie.

INTRODUCTION

Les sarcomes de l'utérus sont des tumeurs mésenchymateuses rares mais non exceptionnelles, posant au clinicien et à l'histopathologiste de multiples et délicats problèmes.

La rareté de ces tumeurs (la littérature en rapporte moins d'un millier de cas) fait que les publications ne comportent qu'un nombre très restreint d'observations, ce qui donne lieu à de nombreuses controverses et divergences de vue à leur sujet.

La symptomatologie des sarcomes utérins n'est pas évocatrice, elle réalise des tableaux multiples et trompeurs empruntés aux affections, souvent bénignes, de la sphère génitale.

Les explorations radiologiques emportent rarement la conviction.

Aussi dans la majorité des cas, le diagnostic revient à l'histopathologiste.

Il convient d'insister dès à présent sur la fréquence des découvertes fortuites des sarcomes utérins à l'examen microscopique des pièces opératoires, en particulier de ce que l'on croyait être des fibromyomes simples.

Mais l'histopathologiste lui-même est confronté à un problème délicat, à savoir l'identification précise des sarcomes utérins, en raison des multiples combinaisons tissulaires que peut

comporter leur structure.

A l'opposé de l'adéno-carcinome de l'endomètre, dont le diagnostic clinique et anatomo-pathologique n'entraîne guère de longues discussions, le sarcome de l'utérus apparaît donc comme une affection peu fréquente, de diagnostic clinique difficile, voire impossible, et dont l'interprétation histologique est délicate.

La dispersion des cas isolés, la brièveté des séries publiées ne permettent pas la codification précise d'une thérapeutique presque toujours commandée par les données cliniques immédiates intuitivement appréciées, le diagnostic précis étant le plus souvent établi à l'examen de la pièce opératoire.

Toutes ces raisons font, qu'ayant pu colliger 22 cas, il nous a paru intéressant d'en faire une étude synthétique.

Nous essaierons de dégager une ligne de conduite thérapeutique et ce dans trois circonstances :

- le traitement de la tumeur primitive;
- le traitement des métastases;
- enfin le traitement des récidives.

Nous n'envisagerons que les sarcomes du corps utérin, laissant délibérément de côté les tumeurs mésenchymateuses du col et les sarcomes botryoïdes, fort différents de bien des points de vue.

H I S T O R I Q U E

L'essentiel de nos connaissances concernant les sarcomes de l'utérus a été acquis entre 1845 et 1920.

Plus récemment, les auteurs se sont penchés sur le problème posé par l'histogénèse de ces tumeurs.

Ceci nous amène à considérer deux périodes dans l'historique des sarcomes de l'utérus :

- une période descriptive et
- une période de recherche histogénétique.

1°) Période descriptive :

Les sarcomes utérins furent évoqués par HUTCHINSON en 1837 qui publie des cas de fibromes récidivants et donnant des métastases.

- En 1845 LEBERT désigne sous le nom de sarcomes utérins les tumeurs nées du tissu conjonctif du myomètre normal et des myomes utérins, et les oppose aux tumeurs épithéliales malignes de l'endomètre.

- Cette même année, WAGNER et GUERSANT rapportent les premiers cas de tumeurs chondrosarcomateuses et épithéliosarcomateuses du col utérin dont WEBER, en 1867, donnera les premiers détails histologiques.

- Mais c'est VIRCHOW qui a fait le premier travail d'ensemble sur la question, il en fait une description magistrale dans son traité " Die Krankhaften Geschwülste " qui paru de 1863 à 1865.

Déjà en 1860 il avait décrit, en collaboration avec MAYER, un sarcome polypoïde. VIRCHOW distinguait deux catégories de tumeurs :

- les sarcomes de la paroi utérine : " Wandsarkom", qui sont en fait des sarcomes dérivant du muscle;

- les sarcomes de la muqueuse : " Schleimhautsarkom", ou sarcomes de l'endomètre.

Parmi ces derniers il décrit deux formes macroscopiques :

- un type diffus,
- un type polypoïde.

Il connaissait d'ailleurs également les formes mixtes dans lesquelles carcinomes et sarcomes sont associés.

Cette description est toujours valable de nos jours.

- 1861 ROKITANSKY attirait l'attention sur la relative fréquence des dégénérescences sarcomateuses de fibromyomes utérins.

- 1869 ANDERSON et EDMANSON rapportent le premier cas de " tumeur mixte du corps utérin " que KHERER en 1906 dénomma tumeur mixte mésoblastique, terme repris par MAYER en 1908 et toujours utilisé depuis, parallèlement à celui de mullérioblastome proposé par Mademoiselle GAUTHIER - VILLARS en 1956.

- 1893 VAN KALDEN identifie le premier angiosarcome et affirme que les fibres musculaires elles-mêmes peuvent subir une évolution sarcomateuse.

- 1894 WILLIAMS observe une figure de transition entre des cellules musculaires normales et des cellules sarcomateuses, alors que GRYNFELT, faisant la même remarque, combat la distinction entre " myome malin " et sarcome.

- AUBREY décrit le sarcome du chorion cytogène.

2°) Période de recherche histogénétique :

Certains sarcomes reproduisant la structure des tumeurs conjonctives malignes habituelles ne posent pas de problème; celles-ci sont essentiellement localisées au myomètre :

- fibrosarcomes
- léimyosarcomes
- hémangioendothéliomes
- hémangiopéricytomes, etc...

Par contre des aspects complexes et multiples sont parfois rencontrés, créés par la combinaison de plusieurs tissus.

Ces sarcomes sont embarrassants pour l'histopathologiste, d'où la floraison d'appellations et d'interprétations histologiques.

- 1900 WILMS invoque comme origine de ces tumeurs des vestiges de tissus mésodermiques lors de la descente du cordon de WOLFF chez le foetus.

- 1908 MEYER pour expliquer la coexistence de deux contingents épithéliomateux et sarcomateux distingue :

- les " tumeurs de collision " de nature et d'origine différentes évoluant chacune pour son propre compte.

- les " tumeurs de combinaison " résultant de la transformation maligne de stroma remanié d'un épithélioma.

- les " tumeurs de composition " : tumeurs tératoïdes où des cellules épithéliales et des cellules mésenchymateuses

égarées et longtemps quiescentes se seraient mises à proliférer de façon maligne.

- 1918 NICHOLSON parle de dédifférenciation et de "réjuvénescence" de stroma cytogène sous l'influence de facteurs carcinologiques inconnus.

- JAFFE, en 1925, pense à une transformation maligne des épithéliums induite par le sarcome environnant.

- Pour LAHM (1928) ces tumeurs sont plutôt promullériennes, développées à partir des restes embryonnaires.

- 1956 MARTIN, CABANNE et FOURNIE reprenant l'idée de NICHOLSON parlent d'une métaplasie régressive de l'endomètre jusqu'à sa forme mésenchymateuse primitive, suivie d'une différenciation néoplasique selon les potentialités complexes du mésoderme.

La conception admise actuellement par la majorité des auteurs est une conception uniciste :

> tous les sarcomes myométriaux ou endométriaux, qu'ils soient de structures néoplasiques simples, multiples ou complexes, homologues ou hétérologues, proviennent d'une cellule "totipotente mésoblastique " retrouvant son pouvoir proliférant sous des influences variées.

Cette théorie trouve sa source dans l'embryogénèse même de l'utérus dont l'origine est mésoblastique.

MATERIEL ET METHODE

A - ORIGINE DE NOS OBSERVATIONS :

Le diagnostic histologique est fourni dans 15 cas par le Laboratoire d'Anatomie Pathologique de l'hôpital Mustapha, les 7 autres cas par celui du Centre Pierre et Marie Curie. Toutes les lames ont été revues par le Docteur MERED.

Les renseignements cliniques, quand ils ont été retrouvés, sont fournis par les services des hôpitaux Mustapha, Parnet et du Centre Pierre et Marie Curie. Deux observations proviennent de clientèle privée.

Parmi les 22 cas de notre étude, 12 nous ont été aimablement communiqués par le Docteur MERED. Ils figurent dans son mémoire de C.E.S. d'Anatomie Pathologique.

B - NOTRE ETUDE S'ETEND SUR 14 ANS :

de 1959 à 1972.

C - STATISTIQUES DE REFERENCE :

Nous utiliserons les publications les plus en vue de la littérature mondiale, en particulier celles portant sur un grand nombre de cas et dont les auteurs ont une compétence unanimement reconnue.

D - L'ETUDE ANALYTIQUE DE NOS CAS

sera partagée en deux parties : nous rapportons d'abord les observations pour lesquelles très peu de renseignements cliniques ont pu être rassemblés; en second lieu seront exposées celles qui sont plus riches en données cliniques. Celles-ci feront essentiellement l'objet de nos statistiques.

NOS OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Madame H... Ouanassa, âgée de 30 ans, est admise en mars 1959 à l'hôpital civil d'Annaba pour des métrorragies.

Après hystérectomie totale, l'examen histologique d'un prélèvement sur une tumeur utérine d'aspect molaire a permis de diagnostiquer un léiomyosarcome (Lame n°55.877). Ce résultat est confirmé par un nouvel examen histologique.

OBSERVATION N° 2

Mademoiselle G... Fatma, âgée de 18 ans, est admise à l'hôpital civil d'Ain-Témouchent au mois de Juillet 1961 où elle est opérée (hystérectomie totale) d'une énorme tumeur utérine.

Un fragment de pièce opératoire adressé au laboratoire d'Anatomie Pathologique d'Alger a révélé l'existence d'une "tumeur sarcomateuse ayant les caractères d'un endothéliosarcome "(Lame n° 65.942). Ce diagnostic est à nouveau confirmé : hémangioendothéliosarcome.

OBSERVATION N° 3

Madame S... Keltoum, âgée de 33 ans, est admise en septembre 1961 au service de Gynécologie de l'hôpital Parnet pour des métrorragies.

Après hystérectomie totale, un prélèvement effectué sur cet utérus porteur d'un fibrome interstitiel a permis le diagnostic histologique de " dégénérescence maligne type léiomyomateux " (lame n°66.580). Un examen plus poussé a permis de le classer comme fibrosarcome.

OBSERVATION N° 4 :

Madame D... Yamina, âgée de 45 ans, est admise au service de gynécologie de l'hôpital de Mostaganem pour une tumeur utérine. Il a été pratiqué un prélèvement sur la pièce opératoire d'hystérectomie totale. Après examen histologique de ce fragment, le diagnostic retenu est celui de " léiomyosarcome"(lame n°67.917). Le caractère fibroléiomyomateux de la tumeur est précisé par un récent examen histologique.

OBSERVATION N° 5 :

Madame D... Hadda, âgée de 57 ans, subit une première biopsie au niveau de la lèvre inférieure de l'exocol qui se révèle être, après examen histologique, une"lésion de cervicite subaiguë avec kystisation des glandes; pas de processus néoplasique ".

Une biopsie au niveau de l'endomètre est alors pratiquée: Le diagnostic histologique en est : " tissu néoplasique du type sarcomateux à interpréter comme un mésoblastome utérin (lame n° 82.990). Au dernier examen :"mullérioblastome à composante épithéliale et à évolution mésenchymateuse prédominante de type complexe".

OBSERVATION N° 6 :

Madame M'B..., âgée de 54 ans, est hospitalisée au Centre Pierre et Marie Curie pour tumeur endo-utérine bourgeonnante en voie d'accouchement par le col, ayant entraîné une inversion utérine, et que l'examen histologique étiquette comme " tumeur mixte mésodermique très caractéristique " (lame n° 1430).Ce diagnostic

est confirmé par un nouvel examen : " mullérobiastome à composante carcinomateuse ".

OBSERVATION N° 7 :

Madame B... Bakhta, âgée de 50 ans, est hospitalisée au Centre Pierre et Marie Curie au mois de Mai 1965 pour état général très altéré, métrorragies et tumeur utérine, Elle subit une hystérectomie totale. L'examen histologique des prélèvements effectués sur la pièce opératoire conclut à un " sarcome léiomyo-blastique " (lame n° 17.154).

Ce résultat est corrigé après un examen approfondi de la lame : " mullérobiastome à prédominance mésenchymateuse ".

OBSERVATION N° 8 :

Madame B... Meryem, âgée de 50 ans, mère de 6 enfants, ménopausée, est admise le 17 février 1966 au service de Gynécologie du Centre Pierre et Marie Curie pour des métrorragies.

A l'examen on constate une formation tumorale du volume d'une orange accouchée par le col, lisse, d'aspect rougeâtre, avec quelques plages nécrotiques et hémorragiques. Un prélèvement biopsique est effectué et adressé à l'examen histologique. On découvre l'existence d'un " sarcome fibroblastique " (lame n° 17.967).

Une colpo-hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale est effectuée le 28 mars 1966.

L'examen histologique de la pièce opératoire modifie le diagnostic et conclut à un " rhabdomyosarcome "(lame n° 18.055).

La lame reprise et examinée attentivement n'a montré aucune image de double striation après coloration par l'hématoxyline phosphotungstique. Aussi, malgré un aspect cellulaire évacateur d'un rhabdomyosarcome, cette tumeur est classée parmi les léiomyosarcomes.

OBSERVATION N° 9 :

Madame C... Yamina, âgée de 52 ans, est hospitalisée en Juillet 1970 à Skikda pour des métrorragies accompagnant une tumeur utérine.

Un prélèvement biopsique de l'endomètre adressé au Laboratoire d'Anatomie Pathologique a permis de mettre en évidence un " léiomyosarcome utérin" (lame n°23.373).

La malade devait subir une hystérectomie totale.

Au dernier examen histologique : fibroléiomyosarcome.

OBSERVATION N° 10 :

Madame A... Fatma, âgée de 76 ans, est admise au mois de Décembre 1970 à l'hôpital civil de Tizi-Ouzou pour des métrorragies. Un prélèvement biopsique de l'endomètre a permis de diagnostiquer une " tumeur maligne du chorion cytogène "(lame n°23.810) pour laquelle une hystérectomie totale a été pratiquée.

Un récent examen histologique modifie ce diagnostic et conclut à un mullérioblastome à prédominance mésenchymateuse.

OBSERVATION N° 11 :

Madame G... Leila, âgée de 38 ans, est hospitalisée au mois de Décembre 1970 au service de Gynécologie du Centre Hospitalier Universitaire de Mustapha pour des métrorragies, une tumeur abdomino-pelvienne et altération de l'état général.

L'examen du produit d'un curetage biopsique a permis de mettre en évidence la présence d'un"mulléroblastome "(lame n°113745) qui a imposé l'indication d'une hystérectomie totale. Il s'agit d'un mulléroblastome pur.

OBSERVATION N° 12 :

Madame R... Aldjia, âgée de 40 ans, est admise à l'hôpital civil d'El Oued (Oasis) au mois de Juin 1972 pour des métrorragies.

Un prélèvement biopsique de l'endomètre adressé au Laboratoire d'Anatomie Pathologique du Centre Hospitalier de Mustapha a permis de diagnostiquer un sarcome utérin (lame n° 122.061). Un examen histologique approfondi n'a pas permis de classer ce sarcome.

OBSERVATION N° 13 :

Madame B... Fatma, âgée de 43 ans, consulte en clinique pour des métrorragies tenaces, au mois d'Août 1972.

On pratique un curetage biopsique dont le produit est adressé au Laboratoire d'Anatomie Pathologique de l'hôpital de Mustapha.

L'examen histologique révèle l'existence d'un sarcome

utérin (lame n° 123.055), dont la nature a été précisée : mullé-roblastome à type de carcinosarcome.

OBSERVATION N° 14 :

Madame F... Zoubida, âgée de 46 ans, originaire de Tébessa (Constantine), est hospitalisée le 2 mars 1963 à la Clinique Thérapeutique de Bichat-Nélaton de l'hôpital Mustapha pour des métrorragies accompagnées de douleurs pelviennes.

L'interrogatoire révèle que ces métrorragies durent depuis 4 mois environ. Leur intensité, d'abord minime, s'est accrue progressivement jusqu'au moment de l'hospitalisation. Elles sont permanentes, parfois accompagnées de rejet de débris d'aspect gélatineux et d'odeur nauséabonde. Ces hémorragies sont faites de sang rouge.

Les douleurs sont pelviennes, transfixiantes à irradiation crurale de façon bilatérale. La persistance de ces symptômes ont amené la malade à consulter un médecin qui lui conseille l'hospitalisation.

A - Antécédents :

Aucun antécédent pathologique n'est à noter.

B - Examen physique :

1°) Aspect physique général

La malade présente un mauvais état général avec pâleur cutanéo-muqueuse et asthénie intense.

L'abdomen est légèrement ballonné, présentant une petite hernie épigastrique.

2°) Examen gynécologique

- La palpation de la région pelvienne, douloureuse, fait percevoir une masse tumorale médiane, mobile, dure et régulière. L'examen de la région vulvaire ne montre rien de particulier.

- Le toucher vaginal est également douloureux, mais il permet de révéler un col de consistance et de morphologie normales, dont l'orifice externe admet la pulpe du doigt. Le cul-de-sac latéral gauche paraît comblé par une masse dure, difficilement mobilisable. Le cul-de-sac latéral droit est libre, le doigtier revient taché de sang.

- Au toucher vaginal combiné au palper abdominal l'utérus est augmenté de volume. Il existe une masse latérale gauche de la taille d'un pamplemousse, dure, régulière, faisant corps avec l'utérus.

- Au spéculum les parois vaginales sont souples, le col est de morphologie et de couleur normales, de son orifice externe sourd du sang rouge.

3°) Le reste de l'examen physique est normal.

C - Examens biologiques et radiologiques

- Numération et formule sanguine (N.F.S.)

G.R. = 2.700.000 / mm3

G.B. = 6.400 / mm3 dont P.N. : 68 % , E : 3 % L : 24 %; M : 5 %.

- Le téléthorax ne montre aucun signe d'atteinte parenchymateuse.

- Un curetage biopsique de l'endomètre effectué et adressé à l'examen anatomo-pathologique a conclu à un " coagulum fibrino-

crucrique dépourvu de formations histologiques identifiables. Pas de cellules anormales visibles".

- Une radiographie osseuse n'a montré aucune image d'ostéolyse.

- L'hystéro-salpingographie (H.S.G.) montre une augmentation de volume de la cavité utérine avec image lacunaire à large base d'implantation au niveau de la corne utérine gauche.

En résumé, il s'agit d'une femme âgée de 46 ans, à l'état général altéré, présentant depuis 4 mois des métrorragies permanentes, abondantes, faites de sang rouge, accompagnées de douleurs pelviennes.

L'examen physique a révélé l'existence d'une masse tumorale latéro-utérine gauche de la grosseur d'un pamplemousse, dure, régulière, faisant corps avec l'utérus. Une petite hernie épigastrique.

Les examens biologiques montrent une anémie. Le téléthorax est normal.

Un curetage biopsique n'a révélé aucun signe de malignité. Le diagnostic retenu est celui de " volumineux fibromyome utérin ".

D - Traitement et évolution

A l'intervention, on découvre un gros utérus et un kyste de l'ovaire droit. On pratique une hystérectomie avec ovariectomie bilatérale.

L'examen de la pièce opératoire fait découvrir un gros fibrome sous-muqueux.

Les suites opératoires sont simples. La pièce opératoire est adressée à l'examen anatomo-pathologique qui décèle " un proces-

sus indiscutablement sarcomateux. Il s'agit d'un sarcome polymorphe".

La malade est revue en consultation 15 mois plus tard : l'examen gynécologique est normal, de même que le téléthorax, mais apparition d'une constipation pour laquelle un traitement médical est prescrit. Celui-ci restant sans effet, la malade est réhospitalisée. Un lavement baryté est pratiqué, il ne montre aucune image d'atteinte organique. Un traitment médical est de nouveau prescrit.

Le 26 Mars 1965 une nouvelle hospitalisation a lieu au Centre Pierre et Marie Curie, la malade présente alors un très mauvais état général avec asthénie intense, anoréxie, amaigrissement, persistance de la constipation opiniâtre. Il est apparu en outre des douleurs osseuses et hypogastriques, une pollakiurie diurne.

A l'examen, les seuls signes retrouvés sont une pâleur et une douleur à la palpation de la fosse iliaque gauche. Les examens biologiques montrent une anémie à 3.000.000 de G.R. par mm3. Le téléthorax est normal. Des radiographies osseuses ne montrent "pas d'images métastatiques ".

Le 19 Avril 1965 on perçoit des masses dans les deux fosses iliaques. La malade est alors mise sous Endoxan à raison de 200 mg par 24 heures avec contrôle hebdomadaire de la N.F.S. L'urographie intraveineuse (U.IV.) montre " l'intégrité de l'appareil urinaire ".

Le 24 Avril un lavement baryté révèle " l'existence de lésions de type organique ".

Le 7 Mai la malade est montrée au radiothérapeute qui affirme que " toute ressource thérapeutique est dépassée, étant donné le volume de la récidive et la radiorésistance des sarcomes

utérins ".

La malade est déclarée sortante.

Elle devait décéder 9 mois plus tard, en Février 1966, soit près de trois ans après la première consultation.

Après un examen attentif des lames, il a été impossible pour l'anatomo-pathologiste de voir des images de double striation. Ainsi, malgré un aspect évocateur d'un rhabdomyosarcome, cette tumeur est classée parmi les léiomyosarcomes.

OBSERVATION N° 15 :

Madame AIT M... Tassadit, âgée de 36 ans, originaire de Grande Kabylie, est hospitalisée le 5 Avril 1967 à la Clinique Chirurgicale de l'hôpital Mustapha pour tuméfaction abdomino-génitale.

L'interrogatoire apprend que les premiers symptômes sont apparus un an auparavant, représentés par :

- un ballonnement abdominal important,
- des douleurs diffuses à type de torsion, contemporaines des règles,
- des règles prolongées durant 10 à 15 jours, abondantes, faites de sang noirâtre, parfois de caillots,
- une fièvre intermittente, des vertiges.

A - Antécédents :

Il n'existe aucun antécédent pathologique notable. La malade est mariée et n'a jamais eu d'enfant.

B - L'examen physique :

montre, du point de vue

1°) gynécologique

- un abdomen ballonné avec circulation collatérale,
- au toucher vaginal, le col est normal de même que l'orifice cervical. Les culs-de-sac sont effacés, comblés par une masse dure, lisse, semblant faire corps avec l'utérus,
- au toucher vaginal combiné au palper abdominal l'utérus est comblé par une énorme masse. Celle-ci est dure, régulière, mobilisable dans le sens transversal,
- au spéculum, le col et son orifice externe sont normaux.

2°) Le reste de l'examen général

ne révèle rien de bien particulier, si ce n'est une légère pâleur de la peau, des téguments et des muqueuses.

C - Examens biologiques et radiologiques :

- N.F.S. : G.R. à 2.730.000 / mm3
  G.B. à 4.300 / mm3 avec P.N.= 66, E = 2; B = 1; L = 30; M = 1.
- Hématocrite à 26 %.
- le téléthorax est normal.

En résumé, il s'agit d'une femme de 36 ans, présentant depuis un an une dysménorrhée, des douleurs pelviennes contemporaines des règles, et une fièvre intermittente. A l'examen, l'utérus est porteur d'une masse dure et régulière.

Les résultats biologiques révèlent une anémie.

Le téléthorax est normal. On conclut à un fibromyome.

D - Traitement et évolution :

" A l'ouverture de l'abdomen, on découvre un kyste séreux de l'ovaire de la taille d'un pamplemousse. Un utérus de la taille d'une grossesse de 8 mois, développé à partir du fond du corps. Le col et les paramètres sont normaux. Les pédicules vasculaires utérins sont monstrueux. On pratique une hystérectomie subtotale ".

L'examen histologique de la pièce opératoire [illegible] découvre un " sarcome utérin " (lame n° 92.911). La recherche d'une origine fibroblastique ou léiomyomateuse ultérieurement pratiquée conclut à un fibromyosarcome.

Cette femme est toujours vivante et bien portante. Elle vient même de se remarier.

OBSERVATION N° 16 :

Madame S... Ferroudja, âgée de 57 ans, originaire de Mékla (Grande Kabylie) a été hospitalisée au service de Gynécologie de l'hôpital Parnet le 1 er Juillet 1960, adressée par le médecin du dispensaire communal pour " dégénérescence maligne d'un myome utérin ".

L'intérrogatoire révèle que le début de la maladie remonte à deux mois environ, marqué par des métrorragies abondates, irrégulières, indolores, sans périodicité.

Deux semaines plus tard, apparition d'une masse abdominale basse.

Voyant son état général s'altérer, la malade consulte le médecin.

A - Antécédents :

- métrorragies traitées un an auparavant,
- ménopause datant de 7 ans.

B - Examen physique :

L'état général est très altéré avec pâleur, asthénie.

1°) L'examen gynécologique

fait découvrir un abdomen ballonné, sans circulation collatérale,

- au toucher vaginal, le col est long, fermé, de consistance normale. Les culs-de-sac sont comblés par une masse dure, mobile, faisant corps avec l'utérus.

- au toucher vaginal combiné au palper abdominal, l'utérus est augmenté de volume, comme une grossesse de 5 mois et demi environ, dur, régulier, ne présentant pas de noyaux perceptibles.

- au spéculum, le col utérin est d'aspect normal. L'orifice cervical externe est également d'apparence normale.

2°) L'examen physique général

reste par ailleurs sans résultat, si ce n'est une pâleur, une tachycardie.

C - Examens biologiques et radiologiques

- N.F.S. : G.R. = 1.650.000 / mm3
  G.B. = 6.500 / mm3 dont P.N. = 56, E = 4, B = 0; M = 2; L = 38.
- Hématocrite à 14 %.
- Le téléthorax est normal.

En résumé, il s'agit d'une femme de 57 ans, à l'état général très altéré, présentent depuis deux mois des métrorragies accompagnées d'une augmentation du volume utérin, alors qu'il existe une notion de fibromyome antérieurement traité. Le toucher vaginal combiné au palper abdominal met en évidence la présence d'une tumeur utérine, dure et régulière.

Le diagnostic retenu est celui de " dégénérescence sarcomateuse d'un myome utérin ", diagnostic déjà entrevu par le médecin consultant.

Une biopsie de l'endomètre est pratiquée, à laquelle il a été répondu : "dégénérescence sarcomateuse de fibrome ".

D - Traitement et évolution :

La malade subit une hystérectomie totale. A l'ouverture de la pièce opératoire, on découvre une cavité utérine agrandie, déformée par la présence d'une énorme tumeur. Les trompes et les ovaires sont normaux.

Les suites opératoires sont simples.

Réexaminées, les lames ont révélé que " malgré l'anarchie architecturale, la circulation de type lacunaire, la densité cellulaire élevée, il est difficile de conclure à une dégénérescence sarcomateuse étant donné l'absence complète de signes cytologiques de malignité sur ces fragments ".

Ce cas ne figurera donc pas dans nos statistiques, puisque le diagnostic de sarcome utérin a été écarté. Cette femme est toujours vivante et bien portante, ce qui est un argument de plus en faveur de la nature fibromyomateuse de la tumeur.

OBSERVATION N° 17 :

Madame F... Larem, âgée de 73 ans, originaire de Bou-Saâda, est hospitalisée le 27 Décembre 1968 au service de Gynécologie de l'hôpital Mustapha pour métrorragies.

L'interrogatoire révèle que le début de la maladie remonte à un mois et demi par des métrorragies apparues subitement, très abondantes, permanentes, faites de sang rouge non coagulé.

Dans les jours suivants, une douleur accompagnait ces hémorragies, en même temps que le volume de l'abdomen commençait à croître.

La persistance des métrorragies a inquiété la malade et l'a amené à consulter.

A - Antécédents

Aucun fait pathologique marquant. Ménopause depuis 25 ans. Deux enfants bien portants.

B - Examen physique

1°) Examen gynécologique

On note à l'inspection la présence d'une masse pelvienne médiane, arrivant jusqu'à l'ombilic.

Au toucher vaginal, le col est largement ouvert à trois doigts; à travers son orifice, on perçoit une masse de consistance fibroïde, très friable, en voie d'accouchement.

Un fragment prélevé aux doigts est adressé à l'examen anatomo-pathologique.

Le cul-de-sac droit est comblé par une masse tumorale dure, régulière, mobile, faisant corps avec l'utérus.

Au toucher vaginal combiné au palper abdominal, l'utérus augmenté de volume, semble habité par une masse. Il est dure, régulier, à surface lisse.

Au spéculum, la masse tumorale accouchée par le col apparaît rougeâtre, hémorragique, bourgeonnante.

2°) Le reste de l'examen physique n'apporte rien de particulier.

C - Examens biologiques et radiologiques :

- N.F.S. : G.R. = 3.060.000 /mm3
G.B. = 7.000 /mm3 avec P.N. =72, E =2 B = 0, M = 0, L = 26.

- Hématocrite à 34 %.

- Le téléthorax est normal.

- Une hystéro-salpingographie (H.S.G.) montre une "cavité utérine augmentée de volume, légèrement déviée à gauche. Les trompes ne s'injectent pas. Présence d'une image lacunaire à droite".

- Le résultat du prélèvement biopsique sur la tumeur accouchée par le col révèle une " néoplasie maligne qui ne fait aucun doute. Images évocatrices soit d'un carcinome pléomorphe indifférencié, soit d'un sarcome vasculaire (lame n° 102.633).

En résumé, il s'agit d'une femme de 73 ans, présentant des hémorragies d'origine utérine, avec tumeur latéro-utérine droite. A l'hystérographie, une cavité augmentée de volume, avec image lacunaire. Une biopsie pratiquée aux doigts sur une masse accouchée par le col a révélé qu'il s'agissait d'une néoplasie maligne sans précision histologique. Les bilans urinaire et digestif n'ont pas été pratiqués, mais on suspecte quand même une prise de l'uretère droit dans le processus tumoral.

D - Traitement et évolution :

" Laparotomie médiane sous-ombilicale. On arrive sur un gros utérus de la taille d'un pamplemousse, doublé sur sa face postérieure par une tumeur d'allure variqueuse et présentant quelques adhérences à la paroi pelvienne droite. Macroscopiquement, il semble s'agir d'un sarcome de l'endomètre.

A droite, le paramètre est envahi par le processus tumoral, l'envahissement s'étendant du toit du ligament large jusqu'à sa base d'insertion pelvienne, aussi l'uretère droit est pris dans une gangue tumorale.

A gauche, le paramètre et le ligament large semblent être libres.

Hystérectomie avec annexectomie bilatérale, puis libération de l'uretère droit ".

Les suites opératoires sont simples, la malade sort le 7 Février 1969. Elle décède un mois et demi plus tard, soit trois mois après la première consultation.

Un récent examen histologique suggère le diagnostic de mullérioblastome uni-tissulaire de type rhabdomyoblastique. Mais l'aspect général de la tumeur et la taille réduite du fragment examiné ne permettent pas de porter un diagnostic aussi exceptionnel. En conclusion, malgré une étude très attentive, il est impossible de classer cette tumeur.

OBSERVATION N° 18 :

Madame A... Fatma, âgée de 54 ans, demeurant à Alger, est admise le 19 Mars 1969 au service de Gynécologie de l'hôpital Mustapha pour métrorragies avec altération de l'état général.

L'interrogatoire apprend que le début remonte à un mois environ, marqué par des métrorragies d'abord minimes, faites de sang rouge non coagulé, puis abondantes et représentées par des caillots noirâtres.

A - Antécédents :

On y retrouve :

- une intervention en 1939 pour cause indéterminée, qui a été suivie de complications post-opératoires locales (abcédation de la paroi, lachage des sutures).

- une ménopause datant de 6 ans.

B - Examen physique :

On remarque une pâleur, une asthénie importante.

1°) A l'examen gynécologique :

Présence de deux cicatrices abdominales, l'une médiane sus-ombilicale et l'autre rétro-inguinale gauche. Voussure hypogastrique médiane remontant jusqu'à l'ombilic. Pas de circulation collatérale.

A la palpation on perçoit une masse dure, bosselée, indolore, immobile, avec présence d'un noyau latéral droit qui semble mobile.

Au toucher vaginal, le col semble fixé, attiré en arrière. Les culs-de-sac latéraux effacés semblent comblés par la tumeur.

Au toucher vaginal combiné au palper abdominal, l'utérus est augmenté de volume, à surface irrégulière, dur; un curetage biopsique dont le produit est adressé en anatomie pathologique a pour réponse : " néoplasie épithéliale maligne type épithélioma atypique". (lame n° 104.392).

2°) Le reste de l'examen général est normal.

C - Traitement et évolution :

Une hystérectomie totale est pratiquée. La pièce opératoire examinée macroscopiquement révèle l'existence d'une tumeur végétante de l'utérus avec fibromes multiples, présence de calcifications qui semblent siéger sous la tumeur et ne pas appartenir aux myomes.

Histologiquement, il s'agit d'un sarcome du chorion cytogène ".(Lame n°105.787).

Ce diagnostic est confirmé.

La malade décède 5 mois après l'apparition des premiers symptômes.

OBSERVATION N° 19 :

Madame B... Khadra, âgée de 60 ans, originaire de Sétif, est adressée au Centre Pierre et Marie Curie par l'hôpital civil de Sétif le 7 Mai 1970, avec un résultat anatomo-pathologique de biopsie endométriale révélant l'existence d'un " épithélioma indifférencié où bien de sarcome ".

L'interrogatoire nous apprend que le début de la maladie date de deux mois, marqué par :

- des métrorragies assez abondantes, permanentes, faites de caillots noirâtres.
- des douleurs pelviennes à type de coliques expulsives.
- des pertes à type d'hydroleucorrhée alternant avec les hémorragies génitales.

Actuellement, les métrorragies sont moins abondantes, distillantes, parfois mêlées à des pertes jaunâtres.

A - Antécédents :

Aucun antécédent pathologique notable.

Femme nullipare, ménopausée depuis 3 ans.

B - Examens physiques :

1°) Examen gynécologique

légère voussure abdomino-pelvienne.

Au toucher vaginal, le col parait normal, l'orifice cervical externe fermé, les culs-de-sac sont libres.

Au toucher vaginal combiné au palper abdominal, l'utérus est augmenté de volume, mobile, régulier, dur.

Au spéculum, le col est de couleur et de morphologie normales. L'orifice cervical externe est punctiforme.

2°) Le reste de l'examen physique est normal.

C - Examens biologiques et radiologiques

- N.F.S. : G.R. = 3.900.000 / mm3

G.B. = 5.400 / mm3 avec P.N. = 36, E = 1, B= 0; M = 2; L = 61.

- Hématocrite à 37 %

- Le téléthorax est normal, sans " aucun signe visible de lésion évolutive ".

- L'hystérographie, par contre, s'avère intéressante : " grande cavité utérine, déplacée à gauche, déformée, avec une image lacunaire de la taille d'une olive ayant l'aspect d'un polype pédiculé ".

- A la cystoscopie, "la vessie est absolument normale, de bonne capacité. Méats urinaires éjaculant bien. Pas d'atteinte tumorale ni même inflammatoire ".

- L'urographie intra-veineuse (U.IV.) révèle " une fonction rénale normale, pas de signes visibles de lésion organique. Image d'empreinte sur le pôle supérieur de la vessie ".

En résumé, il s'agit d'une femme de 60 ans, qui présente depuis deux mois des métrorragies alternant avec des pertes leucorrhéiques, des douleurs pelviennes. Une biopsie faite à l'hôpital de Sétif décèle une néoplasie maligne utérine dont la nature histologique exacte n'est pas précisée. L'examen révèle une augmentation globale du volume utérin. Le téléthorax est normal. L'hystérographie montre une image lacunaire. L'urographie intra-veineuse fait apparaître une image d'empreinte sur le pôle supérieur de la vessie. L'intervention est alors décidée pour " tumeur utérine maligne ".

D - Traitement et évolution :

On pratique " une hystéredtomie élargie avec lymphadénectomie ". La pièce opératoire est adressée à l'examen anatomo-pathologique (lame n° 24.882) : " macroscopiquement, à l'ouverture de la pièce, il existe une tumeur de 8 cm x 4 cm x 7 cm, développée aux dépens de la face postérieure de l'utérus et comblant la cavité utérine. Elle est de consistance molle, présente un bord libre nécrotique. Sur la tranche de section, il n'existe pas de limite entre le muscle utérin et la tumeur.

Histologiquement, il s'agit d'un sarcome utérin ".

Réexaminées, les lames histologiques suggèrent le diagnostic de réticulo-sarcome.

Cette malade décède le 30 Mars 1972 à l'hôpital de Sétif soit 27 mois après sa première consultation.

OBSERVATION N° 20 :

Madame G... Fatma, âgée de 52 ans, originaire de Sidi-Akacha (El Asnam) est admise le 22 Avril 1971 au service de gynécologie de l'hôpital civil d'El Asnam pour " fibrome utérin ".

L'interrogatoire révèle que la malade présente depuis deux mois et demi des métrorragies d'intensité variable, abondantes et parfois distillantes. Depuis trois semaines environ, une masse abdomino-pelvienne est constatée, " comme si elle avait été enceinte ". Quelques jours avant son hospitalisation sont apparues des douleurs pelviennes basses à type de ténesme. Les métrorragies persistantes ont amené la malade à consulter.

A - Antécédents :

On ne note aucun antécédent pathologique. Ménopause datant de deux ans. 7 enfants vivants bien portants.

B - Examen clinique :

L'état général de la malade est très altéré avec pâleur intense, asthénie, anorexie.

1°) Examen gynécologique

Légère voussure abdomino-pelvienne, pas de circulation collatérale.

Au toucher vaginal le col est souple, son orifice externe est fermé. Le cul-de-sac latéral droit est comblé par une masse mobile, faisant corps avec l'utérus.

Au toucher vaginal combiné au palper abdominal, l'utérus est augmenté de volume, sa mobilité est diminuée dans tous les sens, sa surface est régulière. On perçoit de petites masses abdomino-pelviennes de la taille d'une noix, mobiles et dures, indépendantes de l'utérus.

Au spéculum, le col est de morphologie normale, légèrement oedématié à la périphérie de l'orifice externe.

2°) Le reste de l'examen physique est normal.

C - Examens biologiques et radiologiques :

- N.F.S. : G.R. = 3.010.000 / mm3
G.B. = 8.800 / mm3, la formule sanguine n'a pas été pratiquée.

- Téléthorax ne montrant " aucun signe d'atteinte parenchymateuse ".

En résumé, il s'agit d'une femme âgée de 52 ans, présentant depuis deux mois et demi des métrorragies, suivies peu de temps après de l'apparition d'une masse abdomino-génitale et de douleurs pelviennes. L'examen montre un utérus augmenté de volume, peu mobile avec de petites masses abdomino-pelviennes. Les examens biologiques révèlent une anémie. Le téléthorax est normal. On retient le diagnostic de fibromyome utérin.

D - Traitement et évolution :

Deux jours après son hospitalisation, la malade a été opérée : " laparotomie médiane sous-ombilicale qui fait découvrir une énorme tumeur utérine avec propagation et adhérences multiples aux organes avoisinants (ovaire, intestin grêle, colon).

Le cas est jugé inopérable.

On referme l'incision après prélèvement biopsique ".

Elle décède 4 mois plus tard, soit près de 7 mois après la première consultation.

L'examen histologique du prélèvement biopsique révèle un fibro-léiomyosarcome.

OBSERVATION N° 21 :

Madame A... Messaouda, âgée de 53 ans, originaire de Bouira (Grande Kabylie), a été adressée au service de gynécologie du Centre Pierre et Marie Curie par l'hôpital de Lakhdaria le 6 Octobre 1971 pour " tumeur utérine ".

L'interrogatoire révèle que le début remonte à 5 mois, marqué par :

- des métrorragies non douloureuses, persistantes, faites de sang rouge fluide, parfois sous forme de caillots.
- une asthénie importante.
- une constipation opiniâtre.

A - Antécédents :

- Pas d'antécédents pathologiques notables.
- ménopause depuis 6 ans.
- 7 enfants vivants bien portants.

B - Examen clinique :

1°) Examen gynécologique

Lors de son admission les métrorragies se sont taries, laissant place à des pertes leucorrhéiques. L'abdomen est légèrement augmenté de volume, sans circulation collatérale.

Au toucher vaginal, le col est de morphologie et de consistance normales, l'orifice cervical externe est fermé. Le cul-de-sac latéral droit est comblé par une masse semblant faire corps avec l'utérus, dure, régulière.

Au toucher vaginal combiné au palper abdominal, l'utérus est augmenté de volume, de consistance ferme, reposant sur le cul-de-sac droit. Le fond utérin arrive à mi-distance de la ligne ombilico-pubienne.

Au spéculum, le vagin est souple, le col paraît ascensionné, dévié à droite, enflammé, laissant sourdre du pus.

Au toucher rectal la paroi recto-vaginal est souple.

2°) Le reste de l'examen physique est normal, la T.A. est de 13/7. Il existe cependant une pâleur de la peau, des téguments et des muqueuses.

C - Examens biologiques et radiologiques :

- N.F.S. : G.R. = 3.100.000 / mm3
G.B. = 14.100 / mm3 avec PN = 76, E = 3; B = 0, L = 18, M = 3.

- Hématocrite à 29 %.

- Vitesse de sédimentation à 128 / 133.

- Le téléthorax montre un " goitre plongeant, des calcifications hilaires, La lumière trachéale est un peu refoulée à gauche ".

- Une U.I.V. montre " une bonne élimination du produit opaque par les deux reins. Au niveau des reins on ne voit pas de lésion. L'uretère droit est refoulé à droite ".

- Un curetage biopsique est fait auquel l'anatomo-pathologiste a répondu : " il s'agit de l'aspect histologique d'un rhabdomyosarcome ". (lame n° 24.882).

En résumé, il s'agit d'une femme âgée de 53 ans, qui présente depuis 5 mois des métrorragies persistantes ayant entraîné une altération de l'état général; une constipation opiniâtre. A l'examen l'utérus est augmenté de volume, dur. La biologie objective une anémie. Le téléthorax montre un goitre plongeant avec déviation de la lumière trachéale à gauche. L'urographie intra-veineuse est normal. Un curetage biopsique affirme l'existence d'un sarcome

utérin de type rhabdomyoblastique. L'intervention est décidée.

D - Traitement et évolution :

A l'intervention il existe une " énorme tumeur de l'utérus (15 à 20 cm) fixée en arrière et latéralement à droite, hémorragique. Présence d'une greffe tumorale sur le sigmoïde. Le cas est jugé inopérable ". La malade décède le 1 Février 1972, soit 10 mois après la première consultation. Le diagnostic de rhabdomyosarcome est confirmé.

OBSERVATION N° 22 :

Madame A... Aïcha, âgée de 42 ans, originaire de Ain-Séfra, s'est présentée à la consultation de clinique le 10 Décembre 1971 pour des métrorragies. L'interrogatoire nous apprend que le début remonte à trois ans, marqué par des ménométrorragies qui font perdre toute notion de cycle menstruel chez cette femme auparavant bien réglée. Ces hémorragies sont de durée et d'importance variables, faites de sang rouge, ne s'accompagnent pas de douleurs, ni d'autres troubles génitaux.

La patiente a consulté différents médecins qui ont pensé soit à un fibrome, soit à un avortement : pour cela elle subit trois curetages; enfin, pour d'autres médecins il s'agissait de troubles de la ménopause. Devant ces hémorragies génitales persistantes, la malade s'est décidée à venir consulter à Alger.

A - Antécédents :

Il n'existe aucun antécédent pathologique notable.

B - Examen physique :

Il s'agit d'une femme dont l'état général est bien conservé, assez forte et même obèse.

1°) Examen gynécologique

La palpation de la région abdomino-pelvienne ne révèle aucune tuméfaction, aucune douleur provoquée. Mais l'épaisseur de la paroi abdominale ne permet pas un jugement précis.

L'examen de la région vulvaire ne montre rien de particulier.

Au toucher vaginal, le col est de morphologie et de consistance normales. Les culs-de-sac vaginaux sont libres.

Au toucher vaginal combiné au palper abdominal, on ne provoque aucune douleur, le corps utérin est dévié à droite. Il comporte une masse arrondie, dure, non douloureuse, de la taille d'une petite orange, faisant corps avec l'utérus.

Au spéculum, le col utérin est de longueur et de coloration normales, de son orifice externe sourd du sang. Les parois vaginales sont souples.

2°) Le reste de l'examen général est normal, si ce n'est une légère hypertension à 17/10 et une douleur réveillée à la palpation du cadre colique.

C - Examens biologiques et radiologiques

- N.F.S. : G.R. = 3.690.000 / mm3
G.B. = 7.800 / mm3 avec PN = 69, B = 3; B = 0; L = 28.

- Téléthorax normal.

En résumé, il s'agit d'une femme âgée de 42 ans, à l'état général bien conservé, qui présente depuis trois ans des ménométrorragies. L'examen gynécologique met en évidence une masse latéro-utérine droite de la taille d'une petite orange.

Les examens biologiques courants et le téléthorax s'avèrent normaux. Le diagnostic retenu est celui de fibrome utérin.

D - Traitement et évolution :

A l'intervention, l'utérus est augmenté de volume, comportant au niveau de la corne droite une masse blanc-grisâtre de la taille d'une petite orange faisant corps avec l'utérus. Les ovaires sont de taille normale, légèrement scléreux. Il n'existe pas d'adhérence.

Hystérectomie totale emportant les deux ovaires et les deux trompes.

A l'ouverture de la pièce opératoire, on découvre une masse tumorale développée aux dépens de la corne utérine droite, faisant issue dans la cavité utérine. Sa surface est irrégulière couverte de plages hémorragiques et nécrotiques.

Un prélèvement envoyé au laboratoire d'anatomie pathologique montre " un aspect histologique de léiomyosarcome ". (lame n° 2.049).

Actuellement, cette femme est en bonne santé et vaque normalement à toutes ses occupations.

DONNEES ETIOLOGIQUES

Elles sont nombreuses, admises par les uns, rejetées par les autres.

Nous rapporterons les principales en faisant bien entendu une place toute spéciale au problème de dégénérescence des fibromyomes utérins.

Nous envisagerons également l'action du traitement antérieur par les agents physiques et celle du déséquilibre hormonal.

A - Fréquence

A l'heure actuelle la question de l'épithélioma de l'utérus a suffisamment été étudié du point de vue clinique et anatomopathologique pour nous permettre de nous faire une idée exacte de sa fréquence. Les moyens mis en oeuvre pour le dépistage précoce, leur perfectionnement, ont permis d'en découvrir un nombre suffisant pour établir des statistiques, celles-ci variant dans une faible mesure d'un auteur à l'autre.

Il n'en est pas de même pour le sarcome de l'utérus , et les chiffres extrêmes cités par les différents auteurs concernant cette fréquence le montrent bien.

1°) Fréquence par rapport à toutes les affections gynécologiques :

Elle a été étudiée par Mac Farlane qui trouve 0,10%.

2°) Fréquence par rapport aux autres tumeurs malignes de l'utérus :

Ce pourcentage varie entre 1 et 8% selon les auteurs :

Geisler (1891) 1%; Novak et Anderson (1937) 3,1%; Mac Farlane (1950) 2,5%; Crawford et Tucker (1959) 2,6%; Bimes et collaborateurs (1962) 4,8%; Laffargue, Cabanne et Nosny (1966)2 à 3 %.

Mais comme l'a remarqué Colombies, il ne faut comparer les sarcomas corporéaux qu'au reste des tumeurs malignes du corps utérin, pour que ces statistiques soient plus véridiques.

Selon Bimes, la fréquence de sarcomes utérins de 4,8% par rapport à toutes les tumeurs malignes de l'utérus, est de 12,3% quand il ne considère que les tumeurs malignes du corps utérin.

3°) Fréquence par rapport aux fibromyomes utérins.

Cette fréquence varie de 2,13% (Smith) à 0,3% (Corscaden, Bawa et Singh). Pour Bouniol 0,6%, Mac Farlane 0,8%; Novak 0,73%, Randall 0,94%.

Dans notre série nous avons relevé 22 cas de sarcomes utérins pour 1571 fibromyomes, ce qui donne une fréquence d'environ 1,43%, fréquence qui reste dans le même ordre de grandeur que celles des autres auteurs. Mais il faut noter que la difficulté d'interprétation de certaines coupes, le nombre de fibromes passant inaperçus ne peuvent nous permettre d'avoir qu'une idée éloignée de la réalité.

B - Age

Les sarcomes de l'utérus peuvent s'observer à tout âge, mais, pour les auteurs, on les rencontre surtout chez la femme au delà de la cinquantaine. Mac Farlane : la moyenne d'âge des malades est de 51 ans, avec 76% de plus de 40 ans. Colombies : 56 ans de moyenne d'âge des malades. Aaro, Symmonds et Dockerty : 59 % de plus de 50 ans. Wolff : 66,6% des sarcomes de l'utérus ont lieu après 50 ans. Laffargue, Cabanne et Nosny : la majorité des cas de sarcome utérin ont plus de 50 ans. Parmi nos observations, la moyenne d'âge des malades est de 48 ans, 76,1% ont plus de 40 ans et 52,1% ont 50 ans et plus. Ce pourcentage est donc plus faible que celui des autres auteurs.

Cependant, il faut tenir compte des types histologiques qui n'ont pas le même comportement : les mullérioblastomes concernent volontiers les femmes âgées selon Leger, tandis que les formes intramurales ont une fréquence accrue avant la quarantaine pour Wolff. Cette donnée est confirmée par notre étude puisque la plupart des cas de mullérioblastome ont été diagnostiqués chez des femmes de 50 ans et plus, alors que le léiomyosarcome intéressait les femmes plus jeunes.

TABLEAU N° 1 : Apparition du sarcome en fonction de l'âge.

Age an	20-30	31-40	41-50	51-60	61-70	70 et plus
Nombre de cas	2	4	6	7	0	2
Pourcentages	9,5%	19%	28,5%	33,3%	0%	9,5%

C - Antécédents pathologiques :

1°) Obstétricaux

* Actuellement on pense qu'il n'existe pas de rapport entre la parité et le sarcome utérin. Les antécédents obstétricaux n'ont également aucune valeur étiologique.

2°) Gynécologiques

a/ Les antécédents banaux ne sont pas invoqués, tels que troubles des règles, infections génitales, malformations utérines etc...

b/ la ménopause

Le sarcome de l'utérus est considéré par la plupart des auteurs comme une tumeur de la femme ménopausée.

En effet, le pourcentage de femmes ménopausées est de : 60,3% pour Mac Farlane, 75% pour Colombies, 62% pour Flipo-Chatelain. Parmi nos malades, 10 femmes seraient encore réglées, soit 45,7 %. Pour trois malades nous n'avons pas de précision. 8 femmes seraient ménopausées, soit 38% des cas. Ce pourcentage est de loin inférieur à ceux rapportés par les autres auteurs.

Nous pensons qu'il s'agit là d'une particularité propre à notre pays, le sarcome survenant volontiers plutôt chez la femme encore réglée.

TABLEAU N° 2 : Pourcentage de femmes ménopausées dans 21 cas de sarcomes utérins.

	Ménopausées	Réglées	Non précisées
Nombre de cas	8	10	3
Pourcentages	38 %	45,7%	14,3 %

c/ Les fibromes

L'existence de fibromes utérins dans les antécédents paraît jouer un certain rôle dans la genèse des sarcomes utérins. Depuis Piquand, en effet, on admet que les fibromyomes de l'utérus sont susceptibles de dégénérer en sarcomes, ce qui a poussé certains auteurs à distinguer : - d'une part les sarcomes " primitifs", survenant sur un utérus antérieurement sain. - d'autre part les sarcomes secondaires développés sur un utérus fibromyomateux. Les pourcentages d'antécédents de fibromes relevés dans la littérature ne dépassent jamais 1% : Coscaden et Stout : 1%, Novak et Anderson 0,52%, Williams 0,26%, Wolff 0,50%, Kimbrough 0,76%, Fenton 0,33%, Randall 0,19%.

Aucun antécédent confirmé de fibromyome n'a pu être relevé parmi nos malades. Si l'on recherche la coexistence de sarcomes et de fibromyomes sur les pièces d'hystérectomie, ces chiffres sont impressionnants : Novak et Anderson : 78%, Mac Farlane : 68%, Boss et Stenton : 58%, Fenton et Burke : 50%.

Mais ces chiffres sont peu significatifs, étant donné la fréquence des fibromyomes chez des femmes en âge d'avoir un sarcome. Cependant, pour Laffargue, Cabanne et Nosny," il n'est guère possible de savoir si le sarcome s'est développé sur un myome préexistant ou s'il l'a secondairement envahi".

d/ Le déséquilibre hormonal

On lui accorde actuellement un peu plus d'attention. En effet, comme beaucoup de malades ont dépassé l'âge de la ménopause, certains auteurs (Martin, Cabanne et Fournie, Bimes et coll. Leger et coll.) estiment que peut-être les cellules dd l'endomètre reprenant par métaplasie régressive post-ménopausique leurs caractères de cellules indifférenciées, retrouvent leurs multiples vocations sur le mode néoplasique malin. Il n'y a là qu'une hypothèse selon laquelle les perturbations hormonales peuvent être considérées comme des agents promoteurs assurant l'hyperprolifération non seulement des cellules normales, mais aussi des cellules à potentiel malin. La controverse persiste encore. En effet, Colombies refuse toute valeur à cette théorie pour la genèse des sarcomes utérins, alors que pour Delannoy, Gautier et Godefroy-Vendeville, le bouleversement hormonal gravidique a favorisé chez une malade l'éclosion d'un sarcome utérin et lui a conféré une allure gravissime.

3°) L'action des radiations

De nombreuses observations de dégénérescence sarcomateuse d'affections utérines bénignes, surtout s'il s'agit d'un fibromyome, traitées par la radiothérapie ou les substances radioactives, ont

été rapportées.

Des travaux expérimentaux donnent à cette hypothèse une certaine valeur : Marie et coll. (1909) ont provoqué un sarcome à cellules fusiformes chez le rat après irradiation prolongée.

- La même expérience a été faite par Lacassagne et Vincent en 1929, puis par Bauer et Burrow en 1937.

- Ross obtient un sarcome sous-cutané en employant du radium normalement filtré par le platine.

- Cliniquement, Schiffer, Mackels et Wolff, Thornton et Carter, Mac Farlane rapportent 12 à 15% de femmes présentant un sarcome avec antécédents d'irradiation.

- Aaro, Symmonds et Dockerty publient un cas de transformation sarcomateuse d'une affection bénigne sur 25 femmes irradiées, dans des délais variant de 14 mois à 36 ans, soit 14% des cas de statistiques. Ce chiffre est important, comparé aux 5 cas de dégénérescence sarcomateuse publiées par la fondation Curie après 355 irradiations pelviennes.

Cependant, là aussi, les statiqtiques sont contradictoires: en effet, Wolff et Laffargue ne publient aucun cas. Auparavant déjà Schmidt ne relève aucun cas de sarcome sur 7.000 castrations radiothérapiques.

Denoix ne trouve aucun radiocancer à l'Institut Gustave-Roussy sur une période de 10 ans.

Dupas semble donner la cause de la dégénérescence sarcomateuse : elle serait surtout dué à un traitement radiothérapique mal conduit fait de doses faibles et répétées.

Mac Farlane introduit la notion de terrain : " il y a peut être, chez les individus dont l'état requiert une irradiation thérapeutique, une susceptibilité naturelle entrainant le développement d'un sarcome plutôt qu'un effet direct des radiations.

Mieux vaudra donc pour arrêter les hémorragies de la ménopause par exemple, recourir à l'intervention chirurgicale ".

En conclusion, nous dirons qu'il n'est pas possible de superposer les données expérimentales à la genèse des sarcomes en clinique.

En effet, les doses d'irradiation que subissent les malades en gynécologie sont de loin inférieures aux doses expérimentales; de plus, il reste difficile de différencier les cas dd dégénérescence sarcomateuse spontanée des cas où la dégénérescence semble imputable aux radiations.

Parmi nos observations, nous n'avons relevé aucune notion d'irradiation antérieure.

4°) Antécédents médicaux :

Ils n'apportent rien qui puisse être pris en considération.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A - Classification

Les sarcomes de l'utérus sont encore mal connus et de multiples classifications ont été proposées.

On a longtemps discuté pour savoir si le sarcome se développait aux dépens de cellules musculaires adultes normales, de cellules myomateuses ou bien de cellules indifférenciées qui persisteraient à l'état quiescent dans la paroi de l'utérus.

En réalité, si on se souvient que tous les éléments constitutifs de l'utérus : tissu musculaire, tissu conjonctif, vaisseaux, épithélium endométrial, ont une origine embryologique commune, il n'est pas surprenant que le sarcome puisse se développer à partir de l'un ou l'autre de ces éléments.

C'est sur le point de départ de la tumeur que se base la classification usuelle des sarcomes et ce depuis Virchow :
- les sarcomes du myomètre, comprenant : les léiomyosarcomes, les sarcomes fibroblastiques, les angiosarcomes.
- les sarcomes de l'endomètre comprenant : les lymphosarcomes, les sarcomes du chorion cytogène, les épithéliosarcomes, les tumeurs mixtes mésodermiques.

Mais, assez souvent, il est impossible de déterminer exactement l'origine de la tumeur. Une autre classification a été proposée, basée sur le type et la morphologie cellulaire ainsi que sur son degré de différenciation : sarcome à cellules fusiformes, sarcome à cellules rondes, sarcome à cellules polymorphes, sarcome à cellules géantes, etc...

Nous retiendrons la classification proposée par Laffargue Cabanne et Nosny (1966) dont la compétence est reconnue par tous. Nous en empruntons de larges extraits.

Elle comporte :

1°) Les léiomyosarcomes développés aux dépens du muscle lisse utérin.

2°) Les sarcomes vasculaires ou angiosarcomes :

Tumeurs malignes dérivées d'éléments mésenchymateux angioformateurs reproduisant les capillaires sanguins et lymphatiques à des stades différents de leur évolution. Ils comprennent : les endothéliosarcomes ou hémangio-endothéliomes : les hémangio-péricytomes, les lymphangio-sarcomes.

3°) Les mullérioblastomes :

Tumeurs malignes du corps utérin reproduisant les aspects histologiques du blastème mullérien à ses différents stades évolutifs, des plus immatures jusqu'aux plus adultes. Ils se distinguent en :

a/ Mullérioblastomes purs reproduisant parfaitement le blastème mullérien de l'endomètre de l'embryon.

b/ Mullérioblastomes à évolution mésenchymateuse prédominante formés de tissus conjonctifs transformés par métaplasies variées : association de formations fibroblastiques, ostéogéniques, chondroblastiques et myoïdes.

c/ Mullérioblastomes à type de carcino-sarcomes comportant un contingent carcinomateux mêlé au conjonctif malin, soit adéno-cancer, soit carcinome épidermoïde, soit très atypique.

4°) Les sarcomes du chorion cytogène composés de cellules rappelant celles du chorion de l'endomètre adulte.

5°) L'endométriose cytogène, prolifération en situation ectopique de tissu à caractère endométrial, mais limité à la seule différenciation cytogène.

B - Formes anatomo-pathologiques

1°) Les fibro-léiomyosarcomes représentent le type histologiques le plus fréquent. Ils constituent d'après les statistiques de la littérature 60 à 84% des sarcomes utérins.

Parmi nos malades, 9 cas ont été diagnostiqués, soit une fréquence de 42,8%, nettement inférieure donc à celles rapportées par la littérature. Les auteurs situent entre 45 et 55 ans l'âge de leur apparition.

La moyenne d'âge de nos malades est un peu inférieure : 43 ans. Ceci constitue une particularité intéressante à retenir dans notre pays.

66,6 % des malades seraient encore réglées (6 cas sur 9). Le fibro-léiomyosarcome est donc volontiers le sarcome de la femme jeune, généralement encore en période d'activité génitale. Nous rejoignons ainsi la conception de Wolff.

a/ Macroscopiquement et dans sa forme la plus caractéristique, le fibro-léiomyosarcome est une tumeur mal limitée ou diffuse, souvent molle, hémorragique, nécrosée par places, dontla consistance fibroïde ou charnue évoque soit un fibrome, soit un myome. Mais : il ne fait pas saillie sur le plan de section comme le ferait un fibromyome ordinaire; il ne peut être énucléé.

Parfois, malheureusement, le fibro-léiomyosarcome peut revêtir l'apparence d'un fibromyome banal, tout au plus remanié par l'oedème et la nécrobiose. Il constitue la majorité des formes intramurales diffuses et la presque totalité des formes circonscrites interstitielles (Wolff). Une fois que la tumeur devient volumineuse elle s'extériorise soit dans la cavité utérine sous l'apparence d'une masse polypeuse friable souvent nécrotique, soit dans la cavité péritonéale.

Parmi nos cas, l'aspect macroscopique de 7 fibro-léiomyosarcomes est connu :

- dans un cas, il est représenté par une tumeur d'aspect molaire (Observation n°1). Nous ne pensons pas qu'un tel aspect ait été décrit pour les fibro-léiomyosarcomes.
- dans un cas, il se présente sous l'asppct d'un fibrome interstitiel (Observation n°3).
- dans un cas, il s'agit d'une masse tumorale accouchée par le col (observation n° 8).
- dans 3 cas, la tumeur s'est extériorisée dans la cavité utérine (observations n° 9, 22, 15).
- dans un cas, enfin, la tumeur s'extériorise dans la cavité péritonéale (observation n°20).

b/ Histologiquement : certains auteurs ont tenté de décrire deux types histologiques de léiomyosarcomes (Wolff,Aaro) :

- un sarcome fibroblastique, formé de cellules fusiformes fibroblastiques, parfois étoilées, à prolongements effilés, à cytoplasme clair et étroit, groupées en nappes ou en faisceaux parcourus par des néo-vaisseaux et un tissu conjonctif fibreux ou collagénique.

- un sarcome léiomyoblastique, constitué de cellules de taille variable mais souvent très grande, rubannées ou arrondies, éosinophiles. Les noyaux sont très atypiques, parfois monstrueux ou multiples. Ces cellules se réunissent en plages, rarement en faisceaux et s'orientent, par suite d'hémorragies toujours importantes, autour de lacunes vasculaires.

" En réalité, cytologiquement, les deux types cellulaires se confondent à certains moments de leur évolution, même dans les tissus normaux, à plus forte raison dans un tissu tumoral " et nous considérons avec Laffargue, Cabanne et Nosny que ces sarcomes sont toujours fibro-léiomyoblastiques.

Cependant, rien n'est plus difficile pour l'anatomo-pathologiste que de différencier histologiquement un fibrome bénin d'un léiomyosarcome à un stade débutant. Le problème peut devenir presque insurmontable s'il s'y associe nécrose et hémorragie comme c'est souvent le cas dans les grands fibromes.

Pour certains auteurs, la transformation maligne dans le myome apparaît dans sa partie centrale.

Selon Barzach-Fish, l'invasion et l'infraction de la capsule ne sont pas absolument nécessaires pour le diagnostic de dégénérescence sarcomateuse d'un fibrome, bien que Corscaden et Singh défendent cette règle. L'étude histologique de 105 cas de léiomyosarcomes faite par Aaro et Symmonds, leur a permis de définir les critères histologiques de malignité d'un fibrome : le polymorphisme cellulaire, la taille géante des cellules, l'hyperchromatisme et l'activité mitotique. Ce dernier critère jouerait un rôle dans l'évaluation du pronostic, selon Novak.

c/ Diagnostic différentiel.

Il a été très difficile pour l'anatomo-pathologiste de classer l'observation n°1 parmi les sarcomes léiomyoblastiques : " en effet, l'aspect macroscopique molaire et l'aspect histologique évoquent impérativement un sarcome rhabdomyoblastique. Seule l'absence de fibres striées transversalement nous ont décidé à tel diagnostic". L'observation n°16 est un exemple démonstratif de faux diagnostic positif auquel peut amener un fibro-léiomyome à densité cellulaire élevée.

2°) Les sarcomes vasculaires dérivent des éléments mésenchymateux angioformateurs reproduisant les capillaires sanguins et lymphatiques à différents stades de leur évolution. Ces tumeurs, très rares, sont encore mal connues dans leur localisation utérine.

Laffargue et Cabanne rapportent 8 cas dans une série de 102 sarcomes utérins, soit une fréquence de 7,8%. Ils sont représentés par : les endothéliosarcomes ou hémangio-endothéliomes, les hémangio-péricytomes.

Nous rapportons un cas d'endothélio-sarcome (observation n°2) sur 21 sarcomes utérins, soit une fréquence de 4,7%.

a/ L'endothélio-sarcome est exceptionnel. 11 cas seulement ont été décrits dans la littérature. De siège le plus souvent intramural, comme il est le cas dans notre observation, il peut parfois avoir un siège muqueux ou intraligamentaire.
- Macroscopiquement, on les décrit comme des tumeurs encapsulées, de taille très variable, de consistance molle, de couleur gris-rosé ou jaunâtre.
- Histologiquement, notre cas est typique, réunissant les différents aspects qui peuvent exister et présentant en plus des signes cytologiques évidents de malignité. Le diagnostic de ces tumeurs n'est pas toujours aussi évident que dans notre observation.

b/ L'hémangio-péricytome décrit pour la première fois par Stout et Murray en 1942, est un peu plus fréquent que l'endothéliosarcome (40 cas dans la littérature) et plus facilement reconnu.

3°) Les mullérioblastomes sont des tumeurs malignes embryonnaires reproduisant les aspects histologiques plus ou moins complexes des différents stades embryogéniques des dérivés des canaux de Muller. Ces tumeurs sont considérées comme rares, Edward (1963) dénombre 295 cas dans toute la littérature. Leur fréquence est appréciée, suivant les auteurs, de 6,7% à 39 % : Novak et Anderson (1937) 6,7%; Mac Farlane (1950) 14,6%; Corscaden et Singh (1958) 29%; Dupas (1959)36%; Edward (1963) 39%; Wolff, Herovici et Meunier (1965)8%; White et coll.(1965) 26%; Laffargue, Cabanne et Nosny (1966) 20,5%.

Dans notre série nous avons relevé 7 cas de mullérioblastomes, ce qui donne une fréquence de 33,3%.

L'âge moyen de nos malades est de 53 ans. Il est inférieur à celui des autres auteurs : Aaro, Symmonds et Dockerty (1955) 57ans, Edward (1963) 62 ans, White et Coll.(1965) 59 ans. Notre résultat est modifié par la présence d'un cas où le mullérioblastome intéresse une femme de 38 ans, fait tout à fait remarquable.

La différence d'âge d'apparition des léiomyosarcomes et des mullérioblastomes est, dans notre série, de 10 ans. Elle rejoint l'appréciation classique qui est de cet ordre.

a/ Macroscopiquement ces tumeurs sont le plus souvent représentées par des formations polypoïdes intracavitaires, aussi l'augmentation de volume de l'utérus est-elle un signe constant (pour tous les cas où nous avons retrouvé des renseignements cliniques). Ces formations polypoïdes peuvent être accouchées par le col, comme ce est le cas pour une de nos malades (observation n°6). Deux malades présentent des lésions d'accompagnement :
- un fibrome calcifié (observation n°6).
- des ovaires kystiques (Observation n°7).
- un inversion utérine (observation n°6), complication qui a souvent été signalée à propos des mullérioblastomes. Dans un cas, la tumeur a atteint un stade avancé et a été jugée inopérable (observation n°21).

Les aspects macroscopiques classiquement décrits pour le mullérioblastome sont : blanchâtre, myoïde, fibreux ou cartilagineux.

b/ Histologiquement le groupe des mullérioblastomes est classiquement scindé en trois :

- les mullérioblastomes purs comprenant des cellules embryonnaires réparties en nappes denses, préfigurant en quelques zones, où la

différenciation est plus poussée, le chorion cytogène. Il existe également presque toujours des tubes glanduliformes à épithélium cubique unistratifié. Nous comptons un mullérobiastome pur dans notre étude (observation n° 11).

- les mullérobiastomes à évolution mésenchymateuse prédominante sont représentés par l'expression des diverses adaptations du mésenchyme. Ils renferment des formations fibroblastiques, ostéogéniques,chondroblastiques et myoïdes. Quand les fibres musculaires striées transversalement s'y rencontrent en grand nombre, cette tumeur porte le nom de rhabdomyosarcome, sans pour autant qu'il soit nécessaire d'individualiser ce type tumoral qui n'est qu'une variété particulière des mullérobiastomes. Dans notre étude nous comptons 4 observations de mullérobiastomes à évolution mésenchymateuse prédominante (n° 5,7, 10, 21), dont un rhabdomyosarcome (n°21).

- les mullérobiastomes à type de carcino-sarcome renferment des éléments épithéliomateux en grand nombre, mais intimement liés au sarcome. Parmi nos observations 2 mullérobiastomes présentent cet aspect.

4°) Le sarcome du chorion cytogène est une tumeur maligne composée uniquement de cellules rappelant celles du chorion de l'endomètre adulte. Malheureusement, on y incorpore trop souvent des tumeurs ne répondant pas à cette stricte définition, et l'expression " sarcome du chorion cytogène " est confondue avec celle de "sarcome de l'endomètre " dont la définition est beaucoup plus large.

Il en est ainsi dans l'étude de Aaro.

Il est donc difficile de se faire une idée exacte de la fréquence de ces tumeurs par rapport aux autres sarcomes : Novak et Anderson 0,5%, Crawford et Tucker 8,8%, Dupas 12%, Bimes et coll. 12 %, Laffargue et coll. 5,8%, Wolff et Coll. 2,2%. Dans notre étude nous relevons un pourcentage de 4,7% avec un cas.

L'âge moyen des malades est estimé à 69 ans pour Crawford et Tucker, 53 ans pour White et coll. Notre malade est âgée de 54 ans. Elle est ménopausée depuis 6 ans.

Dans les antécédents des malades présentant un sarcome du chorion cytogène, on signale souvent des troubles menstruels divers, des kystes ou des carcinomes ovariens. Notre malade présentait en effet des règles irrégulières, très abondantes, douloureuses. Il est possible qu'elle ait présenté une tumeur ovarienne : on note dans ses antécédents une intervention en 1939 pour cause indéterminée, et on retrouve à l'examen une cicatrice rétro-inguinale gauche.

a/ Macroscopiquement la tumeur envahit généralement l'endomètre normal dans sa totalité, avant de s'attaquer au myomètre, prenant alors une forme polypeuse infiltrante à un stade tardif de l'évolution. Ce dernier aspect a été retrouvé chez notre malade qui présentait une énorme tumeur végétante avec calcifications. A noter également la coexistance de fibromes multiples.

b/ Histologiquement pour Laffargue, Cabanne et Nosny, les cellules du chorion cytogène doivent répondre à certains critères précis : cellules arrondies ou ovalaires, à noyaux ovalaires occupant la presque totalité de la cellule, à cytoplasme clair. Ces cellules sont disposées en nappes denses et homogènes dans lesquelles existent de très nombreux capillaires spiralés. Pour la plupart des auteurs, l'imprégnation argentique est un élément essentiel du diagnostic, mettant en évidence un grêle réseau de réticuline enserrant chaque cellule. L'image histologique de notre cas répond bien à ces critères.

Cependant, la présence de foyers d'ossification a quelque peu fait hésiter l'histopathologiste, posant un problème de diagnostic différencitel avec un mullérioblastome à prédominance mésenchymateuse. Mais ces foyers ne comportent aucun signe cytologique de malignité et ont été interprétés comme des remaniements secondaires, d'autant plus que certains d'entre eux sont le siège de calcifications.

5°) Les réticulosarcomes et les sarcomes lymphoblastiques

Pour certains auteurs, ils ne sont pas, à proprement parler, des sarcomes primitifs de l'utérus : nous rapportons un cas de réticulosarcome (observation n° 19).

Aaro et Wolff décrivent respectivement 2 et 12 % de lymphosarcomes dans leurs statistiques.

TABLEAU N° 3 : Diagnostic histologique de 21 cas de sarcomes utérins.

	Fibro-léiomyo-sarcomes	Mulléro-blastome	Sarcomes du chorion cytogène	Endothéliosarcomes	Réticulo-sarcomes	Non classés
Nombre de cas	9	7	1	1	1	2
Pourcentage	42,8%	33,3%	4,7 %	4,7%	4,7%	9,5 %

ETUDE CLINIQUE

A - Les circonstances de découverte

Le sarcome de l'utérus emprunte sa symptomatologie à celle des affections, souvent bénignes, de la sphère génitale.

Certains symptômes sont souvent rencontrés, d'autres sont plus rares.

1°) Les hémorragies génitales sont certainement le signe le plus constant. Elles ne présentent aucun caractère particulier permettant de les individualiser, ni le rythme, ni l'intensité, ni l'aspect, si ce n'est la précocité de leur apparition dans l'évolution de la maladie. Elles résultent de la friabilité des tissus néoplasiques. Sa fréquence est pour Crawford et Tucker 73,5% des cas, Aaro, Symmonds et Dockerty 54 %, Wolff, Herovici et Meunier 84%, dans notre série près de 81 % des cas se sont présentés avec une hémorragie génitale.

2°) L'augmentation de volume de l'abdomen retrouvée dans 12% des cas par Wolff, est un signe important, mais exprime le plus souvent un stade avancé. Parmi nos observations, 7 malades présentent ce symptome, soit 33,3% des cas. Il faut donc en déduire que le diagnostic de sarcome utérin est fait relativement tardivement dans notre pays. Ceci est en particulier du au retard avec lequel la malade se décide à consulter. Nous n'avons jamais rencontré la " forme pseudo-gravidique " avec secrétion lactée décrite en 1943 par Rossert.

3°) Les douleurs ne sont également pas caractéristiques, généralement pelviennes basses. Elles sont rencontrées dans : 17,8% des cas de Aaro, Symmonds et Dockerty, 32% des cas de Wolff, Herovici et Meunier, 19% des cas de notre étude. Wolff et Laffargue les considèrent comme un symptôme tardif du à la compression entraînée par l'augmentation de volume de la tumeur.

4°) Les leucorrhées sont représentées par des pertes fétides, purulentes, accompagnant ou alternant parfois avec les hémorragies. 4,7% de nos malades présentent ce signe. Ce chiffre se rapproche de celui de Aaro, Symmonds et Dockerty : 5% de leurs cas. Par contre Wolff, Herovici et Meunier l'ont rencontré chez 30 % de leurs malades.

5°) L'expulsion spontanée de débris tissulaires serait un bon signe d'orientation du diagnostic selon Wolff et Laffargue. Aucune de nos malades ne s'est présentée avec ce symptôme.

6°) Les signes urinaires et rectaux sont dus à la compression par la masse tumorale. On pourra observer soit des troubles rectaux à type de constipation opiniâtre, soit des troubles mictionnels à type de pollakiurie diurne. Ce dernier symptôme est rencontré seul dans : 2,8% des cas de Aaro, Symmonds et Dockerty, alors que Wolff, Herovici et Meunier remarquent ces signes dans 32 % des cas. Nous avons un cas de notre étude qui a présenté des troubles urinaires et rectaux, mais il s'agissait d'une récidive, et ces symptômes n'étaient pas isolés.

7°) Atteinte de l'état général. Quand elle est importante, elle oriente vers la recherche d'un processus néoplasique. Faite d'asthénie, d'anorexie et d'amaigrissement, elle précède souvent de peu l'apparition de troubles plus significatifs de la nature très grave de l'affection. Pour Wolff ce trouble représente 28 % des motifs de consultation, dont 6% sans qu'il y ait des signes de localisation. 14% de nos malades se sont présentées avec un très mauvais état général, mais ce signe n'était également pas isolé.

8°) Enfin la découverte fortuite d'un sarcome utérin n'est pas rare : chez une malade porteuse d'un fibrome utérin ou d'une autre affection jugée bénigne, l'examen de la pièce opératoire révèle l'existence d'un authentique sarcome.

TABLEAU N° 4 : Signes cliniques révélateurs dans 21 cas de sarcomes utérins.

	Non précisés	Hémorragies	Douleurs	Leucorrhées	Augmentation volume abdomen	Mauvais état général
Nombre de cas	1	17	5	1	7	3
Pourcentage	4,7%	80,9%	23,8%	4,7%	33,3%	14,2%

B - L'examen clinique

doit être complet, débutant par un examen gynécologique en vue d'apprécier l'extension de la tumeur, suivi d'un examen général afin de rechercher les localisations secondaires.

1°) L'examen gynécologique sera pratiqué dans de bonnes conditions, rectum et vessie vides afin de pouvoir apprécier le volume de l'utérus, sa consistance, sa mobilité, la présence éventuelle de nodules à sa surface. On jugera l'état du col et des annexes. Mais là encore l'examen est peu révélateur de l'affection encore moins de la variété histologique. La découverte d'une augmentation de volume de l'utérus est le signe le plus fréquemment retrouvé. Aaro, Symmonds et Dockerty rapportent dans 72% des cas la présence d'une masse pelvienne, dont 53,9% appartiennent cliniquement à l'utérus. Wolff, Herovici et Meunier en relèvent 52%. Laffargue également en souligne la fréquence, sans préciser le pourcentage rencontré dans son étude. 52,3% de nos malades présentent ce signe

(14 cas). Dans 28,5% des cas, l'augmentation de volume de l'utérus a déterminé une augmentation du volume abdominal (6 cas). Il existe une modification du col utérin chez 2 malades, soit dans 9,5% des cas. Une masse tumorale accouchée par le col est retrouvée dans 3 cas, soit 14,2% des cas. Chez une malade, cette tumeur a entrainé une inversion utérine. Les culs-de-sac sont comblés par une masse chez 6 malades, soit 28,5% des cas. Parmi nos observations nous n'avons retrouvés aucun cas d'envahissement des voies génitales externes.

2°) Le bilan général est pratiqué afin de rechercher d'eventuelles localisations secondaires, de préciser l'état cardio-vasculaire de ces malades souvent âgées et le retentissement de l'affection sur l'état général.

Au total, on ne peut donc pas compter sur le seul examen physique pour poser le diagnostic de sarcome de l'utérus. Cependant il faudra surveiller de très près et régulièrement les femmes qui présentent un ou plusieurs des signes que nous venons de décrire. La persistance de ces symptômes est toujours hautement suspecte, surtout s'il s'agit d'une femme aux alentours de la ménopause.

C - Les examens complémentaires n'ont pas tous un intérêt égal.

1°) Les examens biologiques sanguins et urinaires n'ont absolument aucune valeur diagnostique. Ils permettent seulement de se faire une idée sur l'état général de la malade.

2°) Les examens histologiques ont certainement beaucoup plus de valeur.

a/ Les frottis vaginaux et endo-cervicaux ne sont qu'un moyen de dépistage et non de diagnostic, " la présence de cellules atypiques ou monstrueuses oriente vers la nature néoplasique de l'affection mais ne permet pas de l'affirmer "(Laffargue),

elle représente " l'alerte cytologique " de Bompart. D'après White et Coll.(1965), sur 540.000 examens cytologiques par la méthode de Papanicolaou, le diagnostic de sarcome n'a pu être fait que 29 fois. La cytologie vaginale et endocervicale n'a jamais été effectuée pour nos malades.

b/ La biopsie est le seul examen capable d'affirmer le diagnostic pré-opératoire du sarcome utérin. Malheureusement, elle n'intéresse pas toujours l'endroit désiré de la lésion, aussi faut-il savoir la répéter au besoin, en minimisant toutefois les risques de perforation utérine : le repérage radiologique de la tumeur permet d'orienter le prélèvement endocavitaire. Un fragment de polype accouché par le col fournira souvent un diagnostic positif. A un stade avancé, la biopsie portera sur une métastase ganglionnaire. Dans nos observations on relève : 6 biopsies de l'endomètre (Observations n° 5, 9, 10, 12, 16, 19), 4 curetages biopsiques de l'endomètre (observations n° 11, 13, 18, 21); 3 prélèvements sur polype accouché par le col (observations n° 6, 8, 17). Le diagnostic pré-opératoire est établi 11 fois, soit dans 50% des cas.

Le type histologique est précisé 6 fois (27,2% des cas). Deux fois on porte un faux diagnostic histologique, soit dans 9% des cas. Ces diagnostics sont : dégénérescence sarcomateuse de fibrome (observation n° 16), épithélioma atypique (observation n° 18). Enfin, 9 malades sont opérées sans exploration histologique préalable, soit dans 41% des cas.

L'interprétation histologique des biopsies ne se fait pas aisément et embarasse l'histopathologiste le plus averti. L'infection et la nécrose, souvent surajoutées, compliquent la tache et l'hésitation persiste parfois jusqu'à l'examen de la pièce d'hystérectomie qui vient confirmer ou infirmer le diagnostic.

Williams rapporte 26 % de sarcomes diagnostiqués par la biopsie.

Wolff, Herovici et Meunier en rapportent 40% et Laffargue Cabanne et Nosny 30%.

Il est évident que ce résultat varie en fonction de la variété macroscopique de la tumeur, et le fort pourcentage de diagnostic pré-opératoire retrouvé dans notre étude, serait du au nombre de cas où la tumeur était soit accouchée par le col, soit avait une taille permettant un prélèvement relativement aisé.

Cependant, l'ensemble des résultats reste pauvre, et ceci illustre bien la difficulté rencontrée dans l'identification des sarcomes utérins sur biopsie.

TABLEAU N° 5 : Diagnostic histologique avant tout traitement

Modalités diagnostiques	Nombre de cas	Pourcentages
Diagnostic de sarcome utérin	11	50 %
Faux diagnostic	2	9 %
Pas de diagnostic	9	41 %
TOTAL	22	100 %

3°) Les examens radiologiques tout d'abord :

a/ dans le bilan loco-régional

1- l'hystéro-salpingographie (H.S.G.).Dans sa thèse, Barzach-Fish décrit les images radiologiques typiques du sarcome utérin : hypertrophie globale généralisée et symétrique de l'utérus dont tous les bords sont réguliers. Image lacunaire intra-

cavitaire, à contours réguliers, correspondant à une tumeur à large base d'implantation ravinée par de rares sillons dessinés sur la masse tumorale principale. Aspect d'atonie manifeste comparable à celui de l'utérus gravide. Absence de signes indirects : pas de véritables soufflures des bords en regard de la tumeur, pas de béance isthmique, pas d'injection vasculaire.

Dans trois cas où l'H.S.G. a été faite, nous avons relevé des images lacunaires intracavitaires avec augmentation de volume de la cavité utérine (Observations n° 14,17,19). Mais ces images observées ont peu d'intérêt pour l'élaboration du diagnostic, le seul véritable intérêt de l'H.S.G. est d'orienter la biopsie.

2- la pelvigraphie gazeuse est un examen radiologique récent permettant de visualiser les modifications de forme et de volume du corps utérin et des annexes, de rechercher les lésions ovariennes éventuelles associées, complétant ainsi les données de l'H.S.G. Mais cet examen ne peut être pratiqué au-delà de 70 ans, et ne peut sous aucun prétexte faire aboutir à lui seul au diagnostic.

3- l'urographie intra-veineuse (U.I.V.) permet de visualiser des signes de compression urinaire due à l'extension pelvienne du sarcome : image d'empreinte sur le pôle supérieur de la vessie (observation n°19), uretère droit refoulé à droite (observation n°19).

4- le lavement baryté peut montrer une image de compression extrinsèque rectosigmoïdienne sans atteinte de la muqueuse.

Le bilan loco-régional ne sera complet qu'en y adjoignant des examens endoscopiques :

- une cystoscopie qui confirmera la compression extrinsèque vésicale observée à l'U.I.V. avec une muqueuse normale.

- une rectoscopie.

b/ Dans le bilan général à la recherche de localisations métastatiques :

1- une radiographie pulmonaire qui permettra de déceler les métastases pulmonaires parenchymateuses. Aaro, Symmonds et Dockerty rapportent 16,6% de métastases pulmonaires d'emblée, dont 11,7% sont bilatérales. Dans notre étude nous n'avons relevé aucune image de ce genre.

2- une radiographie du rachis et du bassin afin de détecter les métastases osseuses qui peuvent prendre différents aspects, en particulier plage d'ostéolyse. Aaro, Symmonds et Dockerty relèvent parmi leurs cas 6,8% de métastases osseuses d'emblée. Aucun cas n'est relevé parmi nos observations, mais ce serait plutôt du à un défaut d'investigation, la radiographie osseuse n'ayant été pratiquée que deux fois.

DONNEE EVOLUTIVE

En l'absence de traitement, le sarcome de l'utérus est une affection mortelle à plus ou moins brève échéance. Son pronostic est envisagé avec un pessimisme légitime. Les délais d'évolution sont mal connus, cela est du à deux facteurs :

- la plupart des sarcomes sont diagnostiqués et traités à un stade quelconque de leur évolution.

- pour se faire une idée précise de la durée, de l'évolution et du pronostic d'une affection, il faut qu'elle soit diagnostiquée à un stade initial. Ce ne peut être le cas des sarcomes de l'utérus qui ne sont reconnus en général, que tardivement.

Cependant, tous les auteurs s'accordent à reconnaître que le sarcome utérin peut être classé dans le groupe des néoplasies malignes dont l'évolution comporte essentiellement, et cela pendant un temps relativement long, une importante propagation locale.

Cette propagation se fait de proche en proche, comblant progressivement le petit bassin. Leur tendance à la récidive après ablation est également admise par tous (sur la cicatrice vaginale d'hystérectomie, soit abdomino-pelvienne).

Dans une de nos observation (n°14) nous avons pu constater une récidive deux ans après ablation chirurgicale de la tumeur. Par contre le problème des métastases est fortement discuté, aussi bien dans sa notion de fréquence, que celle de localisation: 7 cas sur 26 pour Fenton et Burke, 16 cas sur 21 pour Sternberg, Clarke et Smith,

Williams et Livingstone rapportent l'existence de métastases dans tous les cas où ils ont fait des nécropsies chez les malades décédées des suites d'un sarcome utérin.

Nous ne rapportons aucun cas de métastase, compte tenu du défaut d'exploration para-clinique pour la plupart de nos malades.

Les principales localisations métastatiques sont le poumon et le foie. La métastase se fait par voie sanguine.

Plusieurs autres localisations ont été décrites, notamment : ganglionnaires (par voie lymphatique), intestinales, rénales, pleurales, osseuses, vaginales (Fenton et Burke), cérébrales (Williams et Livingstone).

ETUDE THERAPEUTIQUE

Nous avons déjà insisté à plusieurs reprises sur les inconvénients dus à la rareté du sarcome de l'utérus : difficultés diagnostiques étant donné l'absence de signes pathognomoniques de l'affection, difficultés dans l'appréciation du potentiel évolutif de la tumeur.

Mais c'est peut-être le traitement qui souffre le plus de cette absence de codification. Il est encore actuellement très difficile de se faire une idée précise de l'efficacité des diverses méthodes thérapeutiques pratiquées. Nous nous inspirerons de la codification proposée dans les travaux récents de Laffargue, Cabanne et Nosny (1968) portant sur 628 cas sélectionnés dans la littérature mondiale selon des critères anatomo-pathologiques stricts. Badib, Vongtana, Kurohara et Webster (1969) portant sur une étude de la radiothérapie dans le traitement de 177 sarcomes utérins.

Nous envisagerons d'abord les différentes méthodes thérapeutiques, nous en rapporterons ensuite les résultats.

A - Méthodes thérapeutiques

1°) La chirurgie occupe la première place dans le traitement des sarcomes utérins. Elle a non seulement une importance thérapeutique, mais également une valeur diagnostique : combien de fois il est difficile de poser un diagnostic histologique précis par l'examen d'un produit de curetage. Souvent, plusieurs biopsies sont nécessaires pour aboutir à un résultat positif. La chirurgie, en procédant à l'ablation de toute la masse tumorale, permettra, en même temps qu'elle aura débarassé l'organisme d'une tumeur présumée maligne, de faire un diagnostic anatomo-pathologique exact. Ceci se fera grâce à des coupes nombreuses de toutes les zones suspectes.

Wolff, Herovici et Meunier rapportent 40% des diagnostics sur les pièces d'éxérèse et 20% d'identifications plus tardives lors des récidives locales.

Ils signalent également 35,7% de découvertes histologiques fortuites après intervention chirurgicale pour des affections bénignes, dont 28,5% sont des fibromes utérins.

TABLEAU N° 6 : Place de la chirurgie dans le traitement de 21 sarcomes utérins.

	Nombre de cas	Pourcentages
Malades opérées	18	85,7 %
Malades non opérées	3	14,3 %
TOTAL	21	100 %

Dans notre étude, 41 % des cas sont diagnostiqués après examen de la pièce opératoire d'hystérectomie. Nous ne saurions trop insister sur la fréquence des sarcomes passés inaperçus parce que l'examen histopathologique de la pièce opératoire n'a pas été pratiqué, ou ne l'a été qu'incomplètement, sur un nombre de prélèvements systématiques trop réduit.

Le traitement chirurgical a été pratiqué dans 95% des cas de Crane et Decker, 62% des cas de Wolff, Herovici et Meunier, 88,7% des cas de Aaro, Symmonds et Dockerty, 89% des cas de Laffargue, Cabanne et Nosny.

Il a été l'unique traitement pour 18 de nos malades, soit dans 85,6% des cas.

a/ L'hystérectomie totale a été pratiquée chez 14 malades, soit 66,6% des cas. Dans tous les cas elle a été réalisée d'emblée. Ce résultat rejoint ceux des autres auteurs : 80 % pour Crane et Decker, Aaro, Symmonds et Dockerty. 76,5% pour Laffargue

Cabanne et Nosny. 75% pour Badib, Vongtana, Kurohara et Webster.

b/ L'intervention de Wertheim avec lymphadénectomie pelvienne a été pratiquée chez deux de nos malades soit dans 9,5% des cas. Aaro, Symmonds et Dockerty en rapportent une seule.

Cette intervention serait indiquée dans les carcinosarcomes quand le potentiel épithéliomateux de la tumeur est important (Flipo-Chatelain).

c/ L'hystérectomie subtotale a été délibérément adoptée par certains auteurs, non seulement pour les tumeurs macroscopiquement bénignes et bien encapsulées,mais aussi pour celles ayant eu un certain développement. Les résultats seraient identiques à ceux des interventions plus larges. Cette méthode est appliquée à deux de nos malades soit 9,5 % des cas.

Crane et Decker la pratiquent dans 14% des cas. Wolff, Herovici et Meunier dans 16 % des cas. Aaro, Symmonds et Dockerty dans 2,5 % des cas. Laffargue, Cabanne et Nosny dans 14% des cas.

d/ La simple tumorectomie ne constitue pas une méthode de traitement valable. Elle est réalisée pour une tumeur se présentant comme un fibromyome banal, mais le résultat de l'examen anatomo-pathologique conduit à adopter une indication opératoire plus adéquate.

Wolff, Harovici et Meunier rapportent 4,7% des cas. Aaro, Simmonds et Dockerty 5% des cas. Comme nous les autres auteurs ne mentionnent aucun cas.

Les interventions mutilantes telles que la pelvectomie postérieure n'ont également pas leur place dans le traitement des sarcomes utérins.

TABLEAU N°.I : Modalités du traitement chirurgical dans 21 cas de sarcomes utérins.

Technique	Nombre de cas	Pourcentages
Non opérées	3	14,2 %
Hystérectomie totale	14	66,6 %
Hystérectomie subtotale	2	9,5 %
Wertheim et lymphadénectomie	2	9,5 %
Tumorectomie	0	0 %
TOTAL	21	100 %

Trois de nos malades n'ont pas bénéficié du traitement chirurgical :
- dans deux cas la tumeur était trop étendue et inopérable;
- dans un cas, la malade n'est plus revenue en clinique et perdue de vue depuis le curetage biopsique qui a permis le diagnostic.

2°) Les agents physiques ont un rôle discutable pour la majorité des auteurs.

La physiothérapie est essentiellement réservée aux tumeurs inopérables, aux exérèses partielles et aux récidives locales. Certains auteurs l'associent d'emblée au traitement chirurgical, encore faut-il tenir compte du type histologique de la tumeur : Crane et Decker l'emploient dans 16,6% des cas. Aaro, Symmonds et Dockerty dans 13% des cas. Wolff, Herovici et Meunier dans 42 % des cas. Badib, Vongtana, Kurohara et Webster dans 62 % des cas. Aucun de nos

malades n'a reçu un traitement par les agents physiques, à quelque période que ce soit.

a/ L'irradiation externe

* par la radiothérapie conventionnelle sous 200 Kv n'est guère plus utilisée aujourd'hui, on lui préfère les radiations à haute énergie.

* la télécobaltothérapie permet l'application de doses plus élevées, voisines de 6.000 r, limitée toutefois par la tolérance des organes voisins. L'utilisation du cobalt 60 est justifiée dans le cas de carcino-sarcome, c'est-à-dire une tumeur renfermant un contingent épithélipmateux radiosensible.

* La curie-thérapie vaginale ou intra-cavitaire est utilisée par les auteurs soit comme traitement hémostatique palliatif, soit à titre post-opératoire en association avec les irradiations externes. La technique d'irradiation est identique à celle que l'on utilise dans le cancer de l'endomètre. Elle comporte habituellement deux applications :
- l'une par sonde cervico-isthmique, chargée de 60 à 90 mg de Radium laissée en place 24 à 48 heures.
- l'autre par l'appareil en Y destiné à l'irradiation du fond de la cavité utérine et des cornes, chargé de 40 mg de Radium dans chaque branche, laissé en place 24 à 40 heures.

Les deux temps du traitement sont séparés par une période de 8 à 10 jours.

Il va sans dire que cette méthode constitue le temps préopératoire du traitement de la tumeur. Elle se justifie dans les cas de carcino-sarcomes. Après l'hystérectomie totale, si l'examen histologique montre un envahissement de la région cervico-isthmique, on pratique, sur la cicatrice vaginale, une curie-thérapie à l'aide

d'un mandrin chargé de 40 mg de Radium, laissé en place 5 jours. Badib, Vongtana, Kurohara et Webster traitent 27,2% des cas par la radiothérapie ou le cobalt. Dans 25,2% des cas, ils adjoignent la curie-thérapie. Dans 9,6% des cas seulement ils utilisent le Radium seul.

3°) Le traitement médical n'a aucun intérêt dans le traitement des sarcomes utérins.

Parfois la chimiothérapie à l'Endoxan est administrée après traitement chirurgical, mais les résultats ne sont pas meilleurs. Parmi nos observations, une malade a reçu de l'Endoxan (200 mg/jour) pour récidive loco-régionale (observation n°14).

4°) Les associations thérapeutiques

Si la chirurgie reste le traitement de choix du sarcome utérin, certains auteurs lui associent parfois la physiothérapie à la chimiothérapie.

* chirurgie et physiothérapie, la physiothérapie peut soit précéder le traitement chirurgical soit lui faire suite. L'association se fait sous différentes formes : curie-thérapie pré-opératoire, chirurgie + radiothérapie post-opératoire, chirurgie + curie -thérapie post-opératoire, chirurgie + curie-thérapie et radio-thérapie post-opératoire.

Cette méthode de traitement ne rallie pas l'unanimité des opinions. Elle aurait une valeur pour Randall qui la considère comme le traitement de choix. Seuls Badib, Kurohara et Webster la pratiquent dans 37% des cas (10% de radiothérapie pré-opératoire et 27 % post-opératoire). Laffargue, Cabanne et Nosny ne retrouvent, sur les 620 cas colligés, que 28% des malades traités de la sorte.

* La chirurgie et la chimiothérapie est une association rarement utilisée parce que sans intérêt thérapeutique.

B - Résultats thérapeutiques

1°) Introduction

Nous rappellerons tout d'abord la valeur exacte des termes employés en matière de cancer :

- seule la survie de 5 ans est admise comme succès thérapeutique. Le délai est calculé à partir de la date de la première consultation.

- si une malade décède des suites d'une affection intercurrente, elle doit être considérée comme morte de son cancer.

- les malades en vie après 5 ans ne doivent présenter ni récidive locale, ni métastase.

- si une récidive entraîne au cours de la 6ème année le décès de la patiente, celle-ci demeure considérée comme résultat thérapeutique à 5 ans.

Notre statistique concernant les résultats thérapeutiques n'intéressent malheureusement que très peu de cas. Ces résultats sont connus seulement pour 8 malades. Nous nous contenterons de les rapporter au moment voulu, en portant notre attention sur les résultats de nos auteurs de référence. Nous envisagerons ces résultats selon le terrain, le type histologique et le traitement pratiqué.

2°) Résultats en fonction du terrain :

a/ Selon l'âge des malades, seule une de nos malades répond aux critères de survie (observation n°15), elle est vivante et bien portante, 6 ans après la première consultation. Cette femme est âgée de 36 ans au moment où le diagnostic est fait.

Une autre malade âgée de moins de 50 ans (42 ans) est en vie après 4 ans (observation n°22).

Une troisième âgée de 46 ans a présenté une survie de 3 ans (observation n°14).

Pour les autres malades dont l'âge est supérieur à la cinquantaine (73, 54, 60, 52 et 53 ans) la survie n'a guère dépassé 27 mois. Donc après 50 ans, 62,5% des malades décèdent avant 3 ans et 50 % avant 2 ans.

TABLEAU N° 8 : Survie des malades enfonction de l'âge dans 8 cas de sarcomes utérins.

Tranches d'âges	Nombre de cas	Décès avant 2 ans	Décès ou en vie entre 2 et 5 ans	Survie à 5 ans
30-40	1	-	-	1
41-50	2	-	2	-
51-60	4	3	1	-
61-70	-	-	-	-
71-80	1	1	-	-

b/ Selon l'ancienneté de la ménopause.

Chez 5 malades ménopausées (observations n° 17, 18, 19, 20, 21), la survie est de 5 à 27 mois, avec 4 décès avant deux ans et aucune survie à 5 ans. Quand la ménopause date de plus de 3 ans, la survie ne dépasse pas 10 mois. Quand la ménopause date de moins de 3 ans, la survie pour une malade est de 27 mois (observation n°19), pour l'autre de 7 mois (observation n°20).

Chez 3 malades non ménopausées, il y a une survie de plus de 5 ans (observation n°15) deux survies à 4 et 3 ans (observations n°14 et 22).

L'affection semble donc plus grave chez les femmes ménopausées et peut-être d'autant plus grave que la ménopause est ancienne, alors que le pronostic est meilleur pour les femmes plus jeunes. Seule Flipo-Chatelain, dans sa thèse, relève cette notion, et nos résultats viennent l'appuyer.

c/ Selon le délai séparant le premier symptôme de la première consultation.

Pour les malades qui consultent de un à 5 mois après le premier symptôme, la survie ne dépasse guère 36 mois (observations n°14, 17, 18, 19, 20, 21). Paradoxalement, pour celles qui attendent 1 et 3 ans, la survie est plus longue : de 6 ans pour une malade qui attend un an (observation n°15), en vie après 4 ans pour une malade qui attend 3 ans (observation n°22).

TABLEAU N° 9 : Survie des malades en fonction du délai séparant le premier symptôme de la première consultation dans 8 cas de sarcomes utérins.

Délai	Nombre de cas	Décès avant 2 ans	Décès ou en vie entre 2 et 5 ans	Survie à 5 ans
1 mois	1	1	-	-
1 - 3 mois	3	2	1	-
3 - 6 mois	2	1	1	-
plus de 6mois	2	-	1	1

Nos résultats viennent donc à l'encontre des données classiques qui confèrent une haute évolutivité au sarcome : pour Wolff, Herovici et Meunier, la plupart des sarcomes étendus n'avaient pas 6 mois d'existence clinique décelable. Il nous est donc permis de douter de la véracité de la date d'apparition des symptômes anoncés par nos malades.

TABLEAU N° 10 : Survie des malades en fonction de l'anciennté de la ménopause dans 8 cas de sarcomes utérins.

Ménopause	Nombre de cas	Décès avant 2 ans	Décès ou en vie entre 2 et 5 ans	Survie à 5 ans
Non ménopausées	3	-	2	1
ménopausé de 0 à 3 ans	2	1	1	0
ménopause de plus de 3 ans	3	3	-	-

3°) Résultats en fonction du type histologique de sarcome.

a/ Dans le cas du fibro-léiomyosarcome : seulement 4 cas peuvent figurer dans nos résultats, nous observons :

- une survie de 7 mois pour une malade (observation n°20),
- une survie de 3 ans pour une autre malade (n°14),
- une malade toujours en vie après 4 ans (n°22),
- une survie après 6 ans (n°15).

Laffargue et coll. rapportent 30% de survie à 5 ans, 32% de décès entre 2 et 5 ans et 33 % de décès avant 6 ans. Wolff et coll. obtiennent une survie à 5 ans de l'ordre de 35% dans leur statistique.

Badib et coll. rapportent 38% de survies à 5 ans.

D'après Laffargue, les tumeurs développées aux dépens d'un utérus myomateux, en offrant des circonstances favorables aux faux diagnostics positifs, semblent comporter un pronostic nettement plus favorable que les sarcomes développés sur un utérus normal : 44% à 88% de survie à 5 ans, selon les auteurs.

En conclusion, les fibro-léiomyosarcomes semblent doués d'une évolutivité plus lente que les autres variétés histologiques de sarcomes. Ceci est confirmé par notre étude puisque les survies les plus longues intéressent les malades porteuses d'un léimmyosarcome.

b/ Dans le cas des mullérоblastomes :

Le seul cas pour lequel nous avons des renseignements a présenté une survie de 10 mois (observation n°21). Laffargue et coll. rapportent 75 % de décès avant 2 ans, 14% entre 2 et 5 ans et 11,5% de survie à 5 ans. Badib et coll. rapportent des résultats plus favorables : 38,5% de survie à 5 ans.

L'aspect macroscopique de la tumeur ne permet pas, comme dans le cas du léiomyosarcome, de prévoir un pronostic : le polype isolé s'avère aussi évolutif que la tumeur la plus infiltrante. Pour certains auteurs le pronostic des formes multitissulaires serait plus sombre que celui des formes unitissulaires.

c/ Dans le cas du sarcome du chorion cytogène ; notre seul cas décède après un délai de 5 mois.

Parmi les cas de Laffargue et coll. 67% décèdent avant 2 ans, 11% entre 2 et 5 ans et 22% ont une survie à 5 ans. Pour Wolff et coll. seulement 11% de cas ont une survie à 5 ans. Badib et coll. rapportent l'étonnant résultat de 47% de survies à 5 ans.

d/ Dans le cas des sarcomes vasculaires :

L'évolution n'est malheureusement pas connue par notre malade présentant un hémangio-endothéliosarcome. La littérature également ne rapporte aucune étude portant sur un nombre suffisant de cas, ce type de sarcome étant très rare.

e/ Les réticulosarcomes : leur pronostic est également considéré avec un grand pessimisme.

Dans le cas que nous rapportons, la survie a été de 27 mois.

En conclusion, l'étude du pronostic en fonction de la variété histologique confirme la gravité majeure en général des sarcomes utérins, avec cependant des chances plus élevées, ou moins faibles, pour les fibro-léiomyosarcomes.

4°) Résultats en fonction du traitement :

Le seul traitement pour notre série a été chirurgical, mais nous rapporterons les résultats obtenus grâce à d'autres méthodes thérapeutiques utilisées par différents auteurs.

a/ Résultats selon la méthode de traitement

1- L'intervention chirurgicale isolée est pratiquée pour 18 cas, mais seules 8 malades peuvent figurer dans nos résultats :

- 5 malades décèdent avant 3 ans, dont 4 avant la première année.
- on observe une seule survie au-delà de 5 ans soit 12,5% de nos cas.
- enfin, la survie est de trois ans pour une malade, une autre est encore en vie après 4 ans.

Laffargue, Cabanne et Nosny rapportent des résultats plus favorables : sur 326 cas 38% dépassent 5 ans. Badib, Vongtana, Kurohara et Webster obtiennent également 46% de résultats positifs à 5 ans sur 56 cas.

2- Chirurgie et associations : Laffargue, Cabanne et Nosny rapportent 19,5% de survie à 5 ans sur 145 cas traités par la chirurgie associée à la radiothérapie ou à la chimiothérapie. Au contraire, Badib, Vongtana, Kurohara et Webster obtiennent par les mêmes méthodes 44 % de survies à 5 ans sur 54 cas.

3- La radiothérapie seule : Laffargue, Cabanne et Nosny obtiennent 2,9% de survies à 5 ans sur 69 cas traités de façon identique. Badib, Vongtana, Kurohara et Webster rapportent un pourcentage toujours plus fort : 14 % de survies à 5 ans.

b/ Selon le type histologique et le traitement

1- Les fibro-léiomyosarcomes :

- l'hystérectomie totale isolée : Sur 218 cas, Laffargue, Cabanne et Nosny rapportent 37% de survies à 5 ans, 37% entre 2 et 5 ans et 26% seulement décèdent dans les 2 premières années.

- L'hystérectomie subtotale isolée aurait selon Laffargue, Cabanne et Nosny un résultat à 5 ans analogue à celui de l'hystérectomie totale : 32 %, mais la mortalité avant 2 ans s'élève à 38 %. Badib, Kurohara, Vongtana et Webster rapportent toujours une survie à 5 ans qui laisse quelque peu sceptique: 47 %.

- Les associations thérapeutiques : pour Laffargue, Cabanne et Nosny, la radiothérapie et la chimiothérapie n'améliorent pas davantage le pronostic de ces tumeurs : 36 % de survies à 5 ans. Par contre elles augmentent la mortalité avant 2 ans dont le pourcentage s'élève à 39 %.

Ce fait est relevé également dans l'étude de Badib, Vongtana, Kurohara et Webster, les survies à 5 ans passent de 47% à 42% quand on associe les irradiations au traitement chirurgical. En conclusion, nous pouvons dire, sur le vu de ces résultats, que l'hystérectomie totale isolée donne à la malade porteuse d'un léiomyosarcome utérin les meilleurs ou les moins mauvaises chances de survie.

Les résultats excellents retrouvés par Badib, Vongtana, Kurohara et Webster s'expliquent par la précocité avec laquelle le diagnostic est fait et le nombre de cas où la tumeur est encore à un stade débutant : 33 à 75% selon la rubrique thérapeutique envisagée.

2- Les mullérioblastomes

- hystérectomie totale isolée. Laffargue, Cabanne et Nosny rapportent 77% de décès avant 2 ans, 11,5% entre 2 et 5 ans, et 11,5% de survies à 5 ans sur 89 hystérectomies totales. Les résultats de Badib et coll. sont naturellement plus satisfaisants : 43 % de survie à 5 ans.

- les associations thérapeutiques : Laffargue Cabanne et Nosny rapportent 69 % de décès avant 2 ans, 19% entre 2 et 5 ans et 12% de survies à 5 ans sur 107 cas où la chirurgie est associée à la radiothérapie ou la chimiothérapie. Ces résultats sont donc légèrement meilleurs qu'avec le traitement chirurgical isolés. Les résultats de Badib et coll. ne viennent pas confirmer cette constatation : 34 % des survies à 5 ans au lieu de 43%. Dans le cas où la radiothérapie palliative est utilisée Laffargue et coll. obtiennent une survie à 5 ans de 5% alors que pour Badib et coll. elle s'élève à 21%.

3-Les sarcomes du chorion cytogène

- L'hystérectomie totale isolée : selon Laffargue et Coll. 70% des cas décèdent avant 2 ans, 15% entre 2 et 5 ans, et 15% présentent une survie à 5 ans. Ces résultats paraissent catastrophiques devant ceux,pour le moins étonnants de Badib et coll. : 67% de survie à 5 ans.

- Les associations thérapeutiques permettent une survie à 5 ans de 60 % pour les cas de Laffargue et Coll. et de 70 % pour ceux de Badib et coll.

5°) Résultats en fonction du stade évolutif :

a/ L'extension loco-régionale est le mode d'évolution le plus fréquemment rencontré pour les sarcomes utérins. L'extension se fait de proche en proche vers le col utérin, les culs-de-sac vaginaux puis tout le petit bassin est progressivement envahi. Deux de nos malades ont présenté un tableau d'extension loco-régionale avancée qui n'a pas permis une exérèse chirurgicale. La radiothérapie palliative n'a pas été envisagée. Pour une malade : la survie est de 7 mois; pour la seconde, la radiothérapie a été jugée inutile, vu le volume de l'extension loco-régionale : la survie a été de 10 mois.

b/ Les récidives locales après exérèse sont fréquentes. Elles surviennent dans des délais assez courts en général, sauf pour Laffargue et Coll. qui signalent une récidive 5 ans après le traitement d'un fibro-léiomyosarcome. Parmi nos malades, une seule a présenté une récidive un peu plus de deux ans après hystérectomie subtotale isolée (Observation n°14) : le décès est survenu 10 mois plus tard. Badib et coll. rapportent 39% de récidives locales après exérèse. Elles constituent 50% des cas traités par une intervention chirurgicale isolée. Par contre seulement 19% de récidives locales sont observées quand la radiothérapie est associée à la chirurgie.

Selon Aaro, Symmonds et Dockerty, les récidives locales surviennent dans 47 % des cas; Pour Wolff et coll. dans 66% des cas. Le traitement de ces récidives s'avère inefficace.

c/ Les métastases se font par voie sanguine vers le foie, les poumons et les os. Aaro et coll. signalent l'apparition de métastases osseuses dans 24,7% des cas. Pour Wolff et coll. les localisations sont, par ordre de fréquence : pulmonaires (18% des cas) osseuses (14% des cas) et hépatiques (8% des cas). De même que pour les récidives le traitement des métastases est inefficace et les survies obtenues sont de courte durée.

Le pronostic global de nos observations est le suivant :

- 50% des malades décèdent avant 2 ans,
- 37,5% décèdent ou sont encore en vie entre 2 et 5 ans.
- 12,5% sont en vie après 5 ans.

Laffargue et coll. rapportent 50% de décès avant 2 ans, 24% entre 2 et 5 ans, 24% de survie à 5 ans sur 628 cas colligés.

Les mêmes résultats sont obtenus par Wolff et coll. Badib et coll. rapportent des résultats plus satisfaisants : 37% de survie à 5 ans sur 147 cas, pourcentage également relevé par Aaro et coll. sur 177 cas.

Ces forts pourcentages de bons résulats chez les auteurs américains d'expliquent par le nombre de cas décelé à un stade précoce de l'évolution.

C O N C L U S I O N

Les conclusions que nous pouvons porter, concernant les sarcomes du corps de l'utérus, rejoignent dans l'ensemble celles mentionnées dans la littérature. Nous les résumerons en signalant certains points particuliers retrouvés dans notre étude :

1°) Du point de vue étiologique

- le sarcome de l'utérus est une tumeur maligne rare puisque seulement 21 cas ont pu être retrouvés en 14 ans.

- la moyenne d'âge de nos malades est inférieure à celles rapportées par les différents auteurs, et nous remarquons une délimitation très nette entre deux groupes :

* les sarcomes du myomètre qui surviennent entre 18 et 50 ans, tranche d'âge correspondant à la période d'activité génitale.

* les sarcomes de l'endomètre qui surviennent à un âge avancé correspondant à la période ménopausique.

- il n'existe pas de facteurs confirmés qui en favorisent l'apparition. Le fibrome utérin est souvent invoqué, mais sa dégénérescence sarcomateuse n'a jamais été formellement démontrée.

2°) Du point de vue clinique :

- la symptomatologie des sarcomes utérins n'a rien de caractéristique, elle est le plus souvent empruntée à celle des affections, bénignes ou malignes, de la sphère génitale.

3°) Du point de vue diagnostic :

- les examens biologiques n'ont absolument aucune signification.

- la radiologie emporte rarement la conviction.

- l'examen histo-pathologique des sarcomes utérins est

très difficile, et des erreurs de diagnostic sont retrouvées, du fait des différentes combinaisons tissulaires que peut comporter leur structure. Il faut retenir en particulier la fréquence des sarcomes utérins découverts fortuitements par l'examen anatomo-pathologique des pièces opératoires de " fibromes utérins".

4°) Du point de vue pronostic :

- L'avenir des sarcomes utérins est à considérer, à juste titre, avec un certain pessimisme, notion confirmée par le nombre infime de survie à 5 ans retrouvé dans notre série.

- cependant, avec l'amélioration de l'infrastructure technique sanitaire, nous pourrons espérer des résultats meilleurs, les chiffres rapportés par les auteurs américains semblent le prouver.

5°) Du point de vue thérapeutique :

En nous inspirant des travaux récents portant sur un grand nombre de cas, des indications thérapeutiques à proposer actuellement seraient les suivantes :

- la chirurgie d'exérèse, d'emblée aussi large qu'il se peut, semble rester le traitement de choix susceptible, dans l'état actuel des choses de fournir le maximum de garanties à des malades dont l'existence reste malgré tout précaire. Seule une hystérectomie totale élargie peut apporter les meilleurs, ou les moins mauvaises chances de survie.

- le sarcome utérin n'est pas radio-sensible.

Seuls les carcino-sarcomes, parce qu'ils comportent un contingent épithéliomateux important, doivent être irradiés. Pour les fibroléiomyosarcomes, la radiothérapie semble au contraire accélérer l'évolution.

- La radiothérapie palliative et la chimiothérapie seront réservées aux tumeurs inopérables, aux récidives locales et aux métastases.

Il n'existe pas de chimiothérapie " élective " des sarcomes utérins.

B I B L I O G R A P H I E

1- AARO L.A. and DOCKERTY M.B.
Leiomyosarcoma of the uterus.
Am. J. Obs. Gyn.1959,77,p.1187-1198.

2- AARO L.A., SYMONDS R.E. and DOCKERTY M.B.
Sarcoma of the uterus : a clinical and pathologic study of 177 cases.
Am. J. Obs. Gyn. 1966; 94, 1, p.101-109

3 - AMREICH
Sarcoma of the uterus.
Wien Klin. Wschr. 1964, 76, p.498-501.

4 - AMROMIN and GILDENHORN
Review of pathogenesis of primary osteogenis sarcoma of the uterus and adnexa.
Am.J.Obs.Gyn.1962,33; p.1174-1178.

5 - ARNAUD
A propos de deux cas de sarcomes utérins.
Thèse Bordeaux 1963.

6 - BADIB A.A., VONGTANA V., KUROHARA S.S. and WEBSTER J.H.
Radiotherapy in the treatment of sarcomas, of the corpus uteri.
Cancer Oct. 1969, 24; p. 724-729.

7 - BARZACH-FISH M.
L'image radiologique des sarcomes utérins.
Thèse Paris 1970. 67 p.

8 - BASSO, RICCI and al.
Uterine sarcoma (contribution of 36 cases).
Clin. Obs. Gyn. 1964, 66, p.604-621.

9 - BECKE and Al.
A case of angioplastic reticulosarcoma of the uterus.
Zbl. Gynäk. 1965, 87, p.630-633

10- BERTRAND, PIERRE, BENNOMA, PARACHE
Une observation rare de sarcome utérin.
Cr. Soc. Franc. Gyn. 1968, 38, p.373-381.

11- BIMES, MARQUES, ESTRADES
Les sarcomes de l'endomètre.
Bull. Ass. Franc. Cancer 1955, 42; p. 326-349.

12 - BOUDREAUX J. et DEBOUVRY J.
A propos des sarcomes du corps utérin.
Revue de chirurgie 1941; 79, p. 142-165.

13 - BOUKRIS R.
Le léiomyosarcome et ses confins avec le myome. Problèmes nosologiques, pronostics, thérapeutiques.
Thèse Paris 1963, 83 p.

14 - BOUTSELLIS, ULLERY
Sarcoma of the uterus.
Obs and Gyn. 1962, 20, p.23-25.

15 - BROOKE W.S. and THOMMAS J.R.
Leiomyosarcoma of the uterus with femoral metastasis.
Arch. Surg. Sept. 1945; 51, 2, p.120-124.

16- CARTER E.R. and Mac DONALD J.
Uterine mesodermal mixed tumors/
Am.J. Obs. Gyn. 1960; 80; 2; p.368-373.

17 - CHARACHE
Carcino-sarcome de l'utérus/Revue de la littérature et relation de 4 nouveaux cas.
Amer. J. Surg. 1960; 100; 4; p.522-526.

18 - CHOME J.
Sarcomes de l'utérus
E.M.C. Gyn. 3; 550; A10.

19 - COLOMBIES P.
Contribution à l'étude des sarcomes de l'utérus.
Thèse Toulouse n°66, 1955, 117 p.

20 - CORSCADEN J.A., BAWA P.S.
Leiomyosarcoma of the uterus.
Am.J.Obs. Gyn. 1958, 75; 1;p.149-155.

21 - COUILLARD F.
Contribution à l'étude des tumeurs mésenchymateuses de l'utérus, sarcomes, mullérioblastomes, tumeurs à stroma remanié.
Thèse Paris, 1958, n°309, 186 p.

22 - CRANE A.R. and DECKER J.P.
Sarcoma of the utérus. A study of 42 cases.
Labor. Investig. 1960, 9,p.28-45.

23 - CRAWFORD E.J. Jr. and TUCKER R.
Sarcoma of the utérus.
Am.J.Obs.Gyn. 1959, 77, 2; p.268-291.

24 - DELANNOY E., GAUTHIER P. et DEWAMBER.
Sarcomes utérins (à propos de 7 observations inédites).
Lille Chir. 1951, 6, 32, p.79-83.

25 - DELANNOY E., GAUTHIER P. et GODEFROY-VENDEVILLE
Léiomyosarcome de l'utérus d'évolution suraiguë dans les suites immédiates d'un accouchement.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs. 1955;7; 4; p.430-431.

26 - DELARUE H., CHOMETTE G., HUSSENSTEIN J., BENATRE A., DADDI G. et BROCHERIOU C.
Arch. Anat. Path. 1965; 13; p.261-263.

27 - DOOLAN
Endometrial sarcoma in a 14 years old girl.
Am.J.Obs.Gyn. 1969; p.103-109.

28 - DOUTRE L.P., BIRABEN.
Les tumeurs mixtes du corps utérin ou mullérioblastomes.
Presse Médicale 1966; 74; 14, p.723-724.

29 - DRAKE E.T., DOBBEN G.D.
Leiomyosarcoma of the uterus with anasual metastasis.
J.A.M.A. 1959; 170; 1; p.1294-1298.

30 - DUPAS L.C.
Sarcomes et tumeurs mixtes de l'utérus.
A propos de 25 cas inédits.
Thèse Paris 1959, n°783; 80p.

31 - FALKINBURG and Coll.
Mesodermal mixed tumor of the corpus uteri. Review and report of 6 cases one of which has survived 15 years.
Am.J.Obs.Gyn. 1964,90;p;450-459.

32 - FENTON A.N., BURKE L.
Sarcoma of the uterus.
J.Am;Obs. Gyn. 1952, 63, p. 158-162.

33 - FINN W.F.
Sarcoma of the uterus.
Am.J.Obs.Gyn. 1950,60;6;p.1254-1262.

34 - FLIPO-CHATELAIN
A propos de 21 cas de sarcomes utérins. Etude clinique et thérapeutique.
Thèse, Lille 1970.

35 - FOULK-CUSSAC, KNOEPPFLER, LAGARDE, DELAGE
" Tumeurs mixtes" et sarcomes utérins.
Arch. Anat. Path. 1968; 16; 1; p.A9-A13.

36 - FOXE and al.
Mastocells in uterine myometris and leiomyomatas neoplasms.
Am.J.Obs.Gyn. 1965; 91; p; 413-418.

37 - FUNCK-BRENTANO P.
L'appoint fourni par les frottis utéro-vaginaux au diagnostic du cancer utérin.
Mem. Acad. Chirur. 1959; 85; 32;p.823-825.

38 - FUTURAN and JESURAN
Endometrial stromal sarcoma
Am.J.Obs. Gyn. 1962; 84; p.1820-1832.

39 - FRIEDMANN
Election microscopy of a rhabdomyosarcoma of the car.
J. Clin. Path. 1965;18;p.63-68.

40 - GAUTHIER-VILLARS
Les sarcomes utérins. Leçon lors de la samaine d'anatomie Pathologiques. Paris 6 Oct.1956.
Arch. Anat.Path. 1957.

41 - GAUTHIER, DUPONT, VAUKFMEL, DESMOUS
Epithelioma utérin d'aspect pseudo-sarcomateux. Problèmes diagnostiques.
Bull.Fed.Soc.Gyn.Obs.Franc.1968,20; p.462-463.

42 - GORINSA et LOISEAU N.
Possibilités thérapeutiques dans les cancers gynécologiques évolués.
Rev. Franc.Gyn. 1968,7-8;p.385-393.

43 - GRASSIN Y.R.
L'avenir des fibromes irradiés (dégénérescence sarcomateuse).
Thèse Paris 1952, 29 p.

44 - GRODIDIER J., COLETTE C.,et PIERSON B.
Les tumeurs malignes dites conjonctives du corps utérin. 14 cas.
Lyon.Chir. 1957;53;4; p.546-553.

45 - GUNTHER
Histologic forms and degree of malignancy of sarcoma of the uterus.
Berlin Zbl.Gyn. 1967;p.1185-1199.

46 - GUSBERG S.B., YANNOPOULOS D.
Therapeutic decisions in corpus uteri
Am.J.Obs.Gyn.1964;88; 2;p.157-162.

47 - HARPER R.S., SCRILLY R.E.
Intraveinous leiomyosarcomatosis of the uterus.
Obs.Gyn. 1961,18; p.519.

48 - HERBEAU J., LEQUINT A., VERHAGUE M.
Le bilan de l'extension pelvienne des tumeurs utérines malignes.
J. Belge Radiol. 1964,47;3;p.346-360

49 - HERMAN L., BARROW D.N.
Sarcoma of the uterus
Obs. and Gyn. 1955,6;p.18

50 - HORLYCK E., PETRI C.
Sarcoma of the uterus.
Actaosb. Gyn. Scandin. 1964, 43; p.279

51 - IRWRIN, WEISBROT, JANOVSKI
Endometrial stromal sarcoma
Am.J.Clin.Path. 1963,p.273-283.

52 - ISIDOR P.
A propos des mullérоblastomes
Arch. Anat. Path. 1958,4; p.374-376.

53 - JOHNSON, JURANDOWSKI, HIRAMOTO
Immunohistologic study of tumors containing myosin
Am.J.Path.1965;47; p.1139-1146.

54 - KELLER H., KELLER B.
L'hystérographie est-elle utile, est-elle nécessaire pour poser le diagnostic de cancer du corps utérin ?
Bull. Fed. Soc.Gyn.Obs.1958;10; 2;p.220-222

55 - KHAZINEDJIAN
Les hémangio-péricytomes de l'utérus.
Thèse Marseille 1968; n°36.

56 - KIMBROUGH Jr.
Sarcoma of the uterus : factors influencing results of treatment.
Am.J.Obs.Gyn.1934,28, p.723-730.

57 - KOS, SPRIS, BRUNSCHIWG
Endometrial stromal sarcoma
Surg.Gyn.Obs.1965,121, p531.

58 - LAFFARGUE P., CABANNE F., et NOSNY Y.
Pronostic des sarcomes utérins.
Bull. Cancer 1968, 55, p.229-242.

59 - LAFFARGUE P. CABANNE F. et NOSNY Y.
Sarcome du corps utérin.
Gyn et Obs. 1966;65; 4;p.423.

60 - LAFFARGUE P.,REBOUD E.,ROUZEAUH. et NOSNY Y.
1 cas de fibro-léiomyosarcome de l'utérus avec récidive pulmonaire 7 ans après hystérectomie totale.
Bull.Fed.Soc.Gyn.Obs.1966,18;5,p.495-498.

61 - LAUMONIER et ROSSEN
Remarques cliniques et anatomo-pathologiques sur les sarcomes du col utérin.
Arch. Anat.Path. 1955,31; p.122-132.

62 - LEGER et KERMAREC
Les sarcomes de la muqueuse utérine.Essai de classification anatomo-pathologique.
Gazette Med. Franc. 1957,64; p.1487-1498.

63 - LEVKOVA, SKUBA
Sarcoma of the uterus
Akush.Ginek.1963;4; p.46-49.

64 - LIEUTAUD R., AYME Y., COHEN M. et SPITALIER J.M.
A propos d'un cas de sarcome de l'utérus.
Classification nosologiques
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs. 1967, 19, p.271-273.

65 - MARTIN, CABANNE et FOURNIE
A propos des " tumeurs mixtes" du corps utérin.
Ann.Anat.Path. 1958;1;4,p.428-450.

66 - MERED C.
A propos de 12 cas de sarcomes utérins.
Mémoire de C.E.S. d'anat.Path. Alger 1970.

67 - METIVET J.
Sarcome utérin développé sur un fibrome.
Mem Acad. Chir. 1943,69;p.567-568.

68 - MEYNARD
Les épithélio-sarcomes de l'endomètre.
Bull. Fed.Gyn.Obs.Franc.1962,14,4,p.472-474.

69 - MIDDLEBROOK, TENNANT
Rhabdomyosarcoma of uterine corpus. Report of 2 cases.
Obs.Gyn. 1968, 32, 4, p.537-542.

70 - MOCK
Contribution à l'étude des tumeurs mixtes mésodermiques de l'endomètre. Thèse Paris 1957,n° 794.

71 - MONTAGUE A., SWARTZ P.P., and WOODRUFF J.D.
Sarcoma arising in a leiomyoma of the uterus.
Am.J.Obs.Gyn.1965,92;p.421.

72 - MOUSSELON J., ROCHET Y., DARGENT D. et MATHIEU J.
Les sarcomes utérins, étude anatomique et clinique d'une série de 45 observations.
Bull. Fed. Gyn. Obs. 1969, 21; 3,p.264-268

73 - MOUSSELON J. DARGENT D.
Evolution d'un mullérioblastome opéré
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs.1967,19,1,p.39-40

74 - MULLER
A propos d'un cas de transformation sarcomateuse d'un fibrome du fond utérin.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs.1955;7,p.334-335

75 - MUSSET R. METTER A. POITOUT Ph. FISH M.
Intérêt de l'hystérographie dans le diagnostic du sarcome utérin.
Gyn.Obst. 1971,70,2, p.165-178.

76 - NICHOLSON
Studies on tumor formation: polypoide teratoma of the uterus.
Guys Hosp. Rep. 1956, 105, p.157-188.

77 - NORRIS H.J. and TAYLOR H.B.
Sarcomes post-irradiation de l'utérus.
Intern. Surg. Dig. 1966,75,3,p.115

78 - NOVAK E. and ANDERSON D.F.
Sarcoma of the uterus : clinical and pathologic
Study of 59 cases.
Am.J.Obs.Gyn. 1937,34,p.740-761

79 - PERROUAS J.
Contribution à l'étude de la dégénrescence sarcomateuse
des fibromes utérins.
Thèse Paris 1953, n°93, 86 p.

80 - PILLERON et DURAND
Les carcinosarcomes du corps utérin
Bull. Cancer 1968, 55, 2,p.215-228

81 - POUILHES J.
Tumeurs rares de l'utérus:les sarcomes de l'endomètre.
G.Soc.Frans.Gyn. Obs. 1966,33; 1, p.21-32.

82 - RACHMANINOFF and CLINIE
Mixed mesodermal tomors of the uterus.
Cancer 1966, 19, p. 1705-1710.

83 - RADMAN H.M. and KORMAN W.
Sarcoma of the uterus.
Am.J. Obs. Gyn. 1959,78,3, p.604-612

84 - RENDINA G.M.
Les sarcomes de l'utérus.
Clin. Obs. Gyn. 1964, 66; 10,p.542-568.

85 - SCHIFFER M.A., MACKLES A., WOLFE S.A.
Reapraisal of the diagnosis in uterine sarcoma
Review of forty-nine cases.
Am.J.Obs.Gyn. 1955,70; 3,p.521-539

86 - SPIRO and al.
Myosarcoma of the uterus. A clinical pathological study.
Cancer 1965,18, p.570-588.

87 - STEARNS M.C., SNEEDENS.
Leiomyosarcoma of the uterus.
Am.J.Obs.Gyn. 1966, 95, p. 374-379.

88 - TAYLOR and NORRIS
Mesenchymal tumor of the uterus.
Arch. Path. 1966, 82, p.40-44.

89 - TIFFANY and WOODRUFF.
Carcinosarcoma of the endometrium
Am.J.Obs.Gyn. 1967, 83, p.1535-1537.

90 - TOUSSAINT P.A.
Les sarcomes de l'endomètre. Etude clinique et anatomo-pathologique. Thèse Strasbourg, 1961, 190p.

91 - VERHAGUE M., CLAY A., DENAILLE A., FLIPO D. et Mem FLIPO-CHATELAIN M.J.
A propos de 21 cas de sarcomes utérins, étude clinique et thérapeutique.
Gyn. Obs. 1971,70, n°4.

92 - VILLAR, FIZ, LANGE, LABAT, LABOURDETTE
Sur 5 cas de sarcomes utérins.
Bull. Fed. Gyn.Obs. 1964,16,4,p.405-410

93 - VITSE M., SMADJA A. BOULANGER J.C. HOANG NGOC MINH
Discussion histologique d'un sarcome utérin.
Bull. Fed. Soc.Gyn.Obs.1971,23,3,p.302-303

94 - WAEGELI
Carcinosarcome de l'uterus
Bull. As. Franc. Gyn. Obst. 1950,2,1, p.50-51.

95 - WEBB G.A.
Uterin sarcoma
Am.J.Obs.Gyn. 1955, 6,p.38

96 - WILLIAMS G.S.
Sarcoma of the uterus
Am.J.Obs. Gyn.Obs. 1954,67, 1,p.92-101

97 - WOLFF J.P., HEROVICI C. MEUNIER J.
Sarcomes utérins.
Rev.Franc. Gyn.Obs. 1965,60,p.177.

TABLE DES MATIERES

	Page :
INTRODUCTION	1
HISTORIQUE	4
MATERIEL ET METHODE	9
NOS OBSERVATIONS	11
DONNEES ETIOLOGIQUE	40
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	48
ETUDE CLINIQUE	59
DONNEE EVOLUTIVE	68
ETUDE THERAPEUTIQUE	71
CONCLUSION	88
BIBLIOGRAPHIE	92